

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL Ny.V USIA 20 TAHUN
GIP0A0 DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM GRADE II
DI KLINIK PRATAMA MARIANA SUKADONO
TAHUN 2017

STUDI KASUS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan



Disusun Oleh

RUTINA JULIANTI SINAGA
022014052

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
MEDAN
2017

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.V USIA 20 TAHUN
GIP0A0 DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM GRADE II
DI KLINIK PRTAMA MARIANA SUKADONO
TAHUN 2017**

Studi Kasus

Diajukan Oleh

**Rutina Julianti Sinaga
022014052**

**Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA
Pada Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Oleh:

Pembimbing : Lilis Sumardiani, S.ST.,M.KM

Tanggal : 13 Mei 2017

**Tanda Tangan :
*skola/s***

Mengetahui

**Ketua Program Studi D-III Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**



Anita Veronika, S.SiT, M.KM

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.V USIA 20 TAHUN
G1P0A0 DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM GRADE II
DI KLINIK PRATAMA MARIANA SUKADONO
TAHUN 2017

Disusun Oleh

Rutina Julianti Sinaga
NIM : 022014052

Telah Dipertahankan Dihadapan TIM Penguji dan dinyatakan diterima sebagai salah satu Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Pada Hari Jumat 19 Mei 2017

TIM Penguji

Penguji I : Bernadetta Ambarita, S.ST., M.Kes

Penguji II : Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes

Penguji III: Lilis Sumardiani, S.ST., M.KM

Tanda Tangan

Mengesahkan
STIKes Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep)
Ketua STIKes



(Anita Veronika, S.SiT., M.KM)
Ketua Program Studi

CURRICULUM VITAE



Nama : Rutina Julianti Sinaga
Tempat/Tanggal Lahir : Buatan, 10 Juli 1996
Agama : Kristen Protestan
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : D. Bencah Kesuma, Kec: Kabun, Kab: ROHUL
Riwayat Pendidikan :
1. SD Negeri 006 Tualang : 2002 - 2008
2. SMP Negeri 1 Tandun : 2008 - 2011
3. SMA Negeri 1 Tandun : 2011 - 2014
4. D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan : 2014 – Sekarang

LEMBAR PERSEMBAHAN



Bapa, Terimakasih karena Engkau telah mengirim sepasang malaikat

dari surga untuk Kau jadikan Orangtuaku

Aku bangga menjadi salah satu putri dari malaikat – malaikat-Mu

seperti halnya aku berharap mereka pun bangga memiliki putri

sepertiku

Laporan Tuga Akhir ini hanyalah hal kecil yang dapat kuberikan

dari besarnya rasa Cinta yang aku dapatkan dari mereka

Semoga Engkau memberikan kesempatan kepadaku

untuk memberikan hal – hal kecil lain kepada malaikat – malaikat

yang telah Kau utus untuk menjagaku. Amin

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul “ **Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny.V Usia 20 tahun GIP0A0 Dengan Hiperemesis Gravidarum Grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono Tahun 2017** ” ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara – cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko / sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2017

Yang membuat pernyataan



Rutina Juhianti Sinaga

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL Ny,V USIA 20 TAHUN
GIP0A0 DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM GRADE II
DI KLINIK PRATAMA MARIANA SUKADONO
TAHUN 2017¹**

Rutina Julianti Sinaga², Lilis Sumardiani³

INTISARI

Latar Belakang: Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai usia kehamilan dua puluh minggu yang mengakibatkan pekerjaan ibu sehari – hari terganggu, keadaan umum ibu menjadi lemah, dehidrasi, berat badan turun dan pertumbuhan janin terhambat (Sarwono, 2010).

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum dengan menggunakan tujuh langkah varney dan SOAP.

Metode: Metode yang digunakan adalah metode deskriptif, yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum di Klinik Pratama Mariana Sukadono tahun 2017.

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian yang di berikan pada Ny. V dengan hiperemesis gravidarum grade II didapatkan bahwa masalah yang dialami ibu teratasi sebagian dikarenakan ibu masih mual dan muntah namun frekuensinya sudah berkurang.

Kata kunci : Kehamilan, Hiperemesis Gravidarum
Referensi :

-
1. Judul Penulisan Studi Kasus
 2. Mahasiswa STIKes Santa Elisabeth Medan
 3. Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**PREGNANCY WOMAN IN PREGNANT WOMAN Ny, V AGE 20 YEARS
GIP0A0 WITH HYPEREMESIS GRAVIDARUM GRADE II
IN CLINIC PRATAMA MARIANA SUKADONO
YEAR 2017¹**

Rutina Julianti Sinaga², Lulis Sumardiani³

ABSTRACT

Background: Hyperemesis gravidarum is a vomiting that occurs early in pregnancy until twenty weeks' gestation which causes the mother's daily work to be disturbed, the general state of the mother becomes weak, dehydration, weight loss and fetal growth impeded (Sarwono, 2010).

Objective: This study aims to perform midwifery care in pregnant women with hyperemesis gravidarum using seven steps varney and SOAP.

Method: The method used is descriptive method, ie see the picture of the incident about midwifery care in pregnant women with hyperemesis gravidarum at Pratama Mariana Sukadono Clinic in 2017.

Result: Based on the results of the research given in Ny. V with grade II hyperemesis gravidarum found that the problems experienced by the mother resolved partly because the mother is still nauseated and vomiting but the frequency has decreased.

Keywords: Pregnancy, Hyperemesis Gravidarum

Reference:

¹Title Case Study Writing

²STIKes Santa Elisabeth Medan Students

³Lecturer STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Ny. V Usia 20 Tahun, GIP0A0 Dengan Hiperemesis Gravidarum Grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono Tahun 2017”. Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun susunan bahasa yang jauh dari kata sempurna. Dengan hati terbuka penulis memohon pada semua pihak agar dapat memberikan masukan dan saran yang bersifat membangun guna menyempurnakan laporan ini.

Dalam penulisan laporan ini, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan karena keterbatasan kemampuan dan ilmu, akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak penulis dapat menyelesaikan laporan ini dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang memberikan motivasi, bimbingan dan fasilitas kepada penulis dengan penuh perhatian, khususnya kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep.,Ns.,M.Kep sebagai Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah mengijinkan dan membimbing penulis selama menjalani perkuliahan selama tiga tahun di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT.,M.KM sebagai Ketua Program Studi D-III Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

3. Lilis Sumardiani, S.ST.,M.KM selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah memberikan hati dan meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Bernadetta Ambarita, S.ST.,M.Kes, Merlina Sinabariba, S.ST.,M.Kes, Lilis Sumardiani, S.ST.M.KM, Sebagai Dosen Pengaji yang telah memberikan kritik dan saran untuk kemajuan laporan tugas akhir ini.
5. Flora Naibaho, S.ST.,M.Kes dan Oktafiana Manurung, S.ST.M.Kes selaku dosen koordinator Laporan Tugas Akhir yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini hingga selesai.
6. Oktafiana Manurung, S.ST.M.Kes selaku dosen pembimbing akademi yang telah bersedia membimbing penulis selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
7. Seluruh Staf Dosen dan Karyawan di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di Program Studi D – III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.
8. Lister Pasaribu, STr.Keb selaku pemimpin di Klinik Pratama Mariana Sukadono yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian.
9. Kepada Ibu. V yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.

10. Ucapan terima kasih dengan penuh rasa hormat penulis ucapkan kepada kedua orang tua tercinta Gunawan Sinaga dan Sanny Roida Siregar, Kakak dan adik tercinta Mona Liani Sinaga, Meilani Lusiana Sinaga, Josua Sinaga, dan Kristian Wibowo, serta seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan motivasi, dukungan moral, material, dan doa serta membimbing penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

11. Seluruh teman-teman Prodi D III Kebidanan Angkatan XIV yang telah memberikan motivasi, semangat, membantu penulis, serta berdiskusi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan harapan penulis semoga Laporan Tugas Akhir Ini memberi manfaat bagi kita semua.

Medan, Mei 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
INTISARI	vii
ABSTRAC	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat	4
1. Manfaat Teoritis	4
2. Manfaat Praktis	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan	
1. Defenisi	6
2. Proses Kehamilan.....	6
3. Diagnosa Kehamilan.....	8
4. Perubahan Anatomi Dan Fisiologi Pada Masa Hamil	12
5. Tanda Bahaya Kehamilan	17
B. Pemeriksaan Antenatal Care	
1. Defenisi	22
2. Tujuan Antenatal Care	22
3. Langkah – Langkah Asuhan Antenatal Care	23
4. Pemeriksaan Fisik Pada Masa Hamil.....	26
C. Emesis Gravidarum	
1. Defenisi	33
2. Etiologi.....	34
3. Tanda Dan Gejala.....	34
4. Penatalaksanaan	34
D. Hiperemesis	
1. Defenisi	35
2. Etiologi.....	36
3. Tanda Dan Gejala.....	37
4. Diagnosa Hiperemesis Gravidarum	38

5. Komplikasi Hiperemesis Gravidarum.....	38
6. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum	39
E. Skore Drajt Dehidrasi.....	45
F. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan	
1. Manajemen Kebidanan	45
2. Metode Pendokumentasian Kebidanan.....	51

BAB III METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi	54
B. Lokasi Studi Kasus	54
C. Subyek Studi Kasus	54
D. Metode Studi Kasus	54

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus.....	57
B. Pembahasan.....	80

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	85
B. Saran	86

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ukuran Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan	25
Tabel 2.2 Interval dan Lama Perlindungan Tetanus Toxoit	25
Tabel 2.3 Contoh Menu Hiperemesis Grade I	44
Tabel 2.4 Contoh Menu Hiperemesis Grade II	45
Tabel 2.5 Contoh Menu Hiperemesis Grade III.....	45
Tabel 2.6 Skore Derajat Nyeri	47

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Jadwal Studi Kasus LTA
3. Surat Permohonan Izin Studi Kasus
4. *Informed Consent*
5. Surat Rekomendasi dari Klinik
6. Daftar Tilik
7. Daftar Hadir Observasi
8. Leaflet
9. Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO) jumlah kejadian hiperemesis gravidarum mencapai 12,5 % dari seluruh jumlah kehamilan di dunia. Dari kunjungan pemeriksaan kehamilan ibu hamil di Indonesia, diperoleh data ibu dengan hiperemesis gravidarum mencapai 14,8 % dari seluruh kehamilan (Depkes RI, 2013).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang peka terhadap kualitas dan aksebilitas fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 AKI di Indonesia tercetak mencapai 228 per 100 ribu kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2012 AKI di Indonesia meningkat menjadi 359 per 100 ribu kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2012, penyebab kematian ibu adalah pendarahan 25,24 %, infeksi 14,76 %, partus lama 13,81%, hipertensi dalam kehamilan 4,29 %, abortus 20,95 % dan lain – lain 20,95 % (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2013).

Kematian ibu atau kematian maternal adalah kematian seorang ibu sewaktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak bergantung pada tempat atau usia kehamilan. Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan kematian tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan atau masa nifas dan segala

intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sejak kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskuler (Prawirohardjo, 2010).

Tanda bahaya ibu hamil antara lain muntah terus dan tak mau makan, demam tinggi, bengkak pada kaki, wajah dan tangan atau sakit kepala disertai kejang, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya, perdarahan pada hamil muda dan tua, air ketuban pecah sebelum waktunya (Kemenkes RI, 2015). Muntah terus dan nafsu makan berkurang merupakan salah satu tanda gejala hiperemesis gravidarum (Manuaba, 2010).

Menurut penelitian Sulistyowati, sebagian besar tingkat stress yang dialami oleh ibu adalah dalam kategori ringan (79,7 %) yang ditandai oleh seringnya merasa kesulitan untuk tenang setelah sesuatu yang mengganggu, sebagian besar tidak terjadi hiperemesis (78,5 %).

Upaya yang dapat dilakukan bidan dalam menangani hiperemesis gravidarum dengan memberikan informasi dan edukasi tentang kehamilan dengan maksud menghilangkan faktor psikis rasa takut. Juga tentang diet ibu hamil, makan jangan sekaligus banyak tetapi dalam porsi sedikit-sedikit namun sering dan pada saat bangun tidur jangan kemudian berdiri akan tetapi bertahap sehingga dapat mengurangi rasa mual dan muntah (Mochtar, 2011).

Bidan memiliki wewenang dalam memberikan pelayanan yang tercantum dalam permenkes NO. 369/MENKES/SK/III/2007 sesuai dengan kompetensi ke-3 yang menyebutkan bahwa bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi, deteksi dini, pengobatan, atau rujukan dari kompliksi tertentu. Bidan sebagai tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan mandiri dalam melaksanakan asuhan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum Grade I.

Bersasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny.V Usia 20 Tahun GI P0 A0 Dengan Hiperemesis Gravidarum Grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono“.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan menerapkan manajemen tujuh langkah Helen varney dan SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian data subjektif, objektif dan pemeriksaan penunjang secara lengkap Pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.
- b. Penulis mampu menentukan interpretasi data yang meliputi diagnosis kebidanan dan masalah Pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.

- c. Penulis mampu mengidentifikasi diagnosis potensial Pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.
- d. Penulis mampu melakukan antisipasi tindakan segera Pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.
- e. Penulis mampu membuat perencanaan tindakan asuhan kebidanan Pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.
- f. Penulis mampu melaksanakan rencana tindakan Pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.
- g. Penulis mampu mengevaluasi hasil asuhan kebidanan Pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.
- h. Penulis mampu mendokumentasikan semua asuhan kebidanan Pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono dalam bentuk SOAP.

C. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Untuk menambah pengetahuan penulis tentang asuhan pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.

2. Manfaat Praktis

a. Program Studi D – III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Menambah pengetahuan, pengalaman dan mampu menerapkan ilmu pendidikan yang diperoleh mahasiswa di bangku kuliah dalam pelaksanaan kasus pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.

b. Bagi Lahan Praktek

Sebagai masukan dengan gambaran informasi untuk meningkatkan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil agar menurunkan angka kematian pada ibu bersalin akibat komplikasi yang tidak tertangani pada ibu hamil.

c. Bagi Klien

Klien mendapatkan asuhan yang sesuai dalam penanganan asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny.V Usia 20 tahun GI P0 A0 dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Defenisi

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke – 13 hingga ke – 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke – 28 hingga ke – 40) (Sarwono Prawirohardjo, 2010).

2. Proses Kehamilan

Proses kehamilan diawali dengan proses pembuahan (Konsepsi), pembuahan atau konsepsi sering disebut fertilisasi. Fertilisasi adalah penyatuan sperma dengan ovum. Spermatozoa merupakan sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang sehingga memungkinkan untuk bergerak dalam media cair dan dapat mempertahankan fertilisasi selama 2 sampai 4 hari. Sel telur (Ovum) akan hidup maksimal 48 jam setelah ovulasi. Oleh karena itu agar fertilisasi berhasil, senggama harus dilakukan dalam waktu 5 hari disekitar ovulasi.

Pertemuan antara sel telur dengan sel sperma yang di stimulasi oleh hormone estrogen ini terjadi disepertiga saluran telur (tuba fallopi). Sementara

penghambat pertemuan antara sel telur dengan sel sperma pada dua pertiga bagian atau tiga pertiga bagian dari saluran telur dilakukan oleh hormone progesterone. Pada saat ovulasi, ovum akan di dorong keluar dari folikel de Graf dan kemudian di tangkap oleh fimbriae. Jutaan sperma harus berjalan dari vagina menuju uterus dan masuk ke tuba fallopi. Dalam perjalanan itu, kebanyakan sperma di hancurkan oleh mucus (lendir) asam di vagina, uterus dan tuba fallopi. Diantara beberapa sel sperma yang bertahan hidup, hanya satu yang dapat masuk menembus dan membuahi ovum. Setelah terjadi pembuahan, membrane ovum segera mengeras untuk mencegah sel sperma lain masuk.

Pembuahan akan dimulai dengan terbentuknya zigot setelah inti sel telur bertemu dengan inti sel sperma. Sel sperma akan mengeluarkan tiga enzim utama yaitu *corona penetrating enzyme* (CPE), akrosin, dan hialuronidase. Setelah satu sel sperma masuk, maka sel telur akan membentuk membrane (selaput) proteksi (perlindungan) agar sel sperma yang ke-2 (sel sperma yang lainnya) tidak dapat lagi menembus sel telur (membrane ovum mengeras). Persaingan sangat sportif, dimana 40 % sel sperma mati, 30 % sel sperma abnormal, 30 % bersaing antara 15 % sel sperma ke ovum kanan dan atau ke ovum kiri sampai akhirnya sel sperma tinggal 2,5 % yang akan membuahi ovum (dibutuhkan hanya 1 sel sperma untuk membuahi ovum).

Ovum yang sudah dibuahi (zigot) memerlukan waktu 6 sampai 8 hari untuk berjalan kedalam uterus, selama perjalanan tersebut, zigot berkembang melalui pembelahan sel yang sederhana selama 12 sampai 15 jam sekali, namun ukurannya tidak berubah. Ketika mencapai uterus, zigot yang merupakan massa

sel disebut morula kemudian terpisah menjadi dua lapisan yaitu massa sel luar dan massa sel dalam yang disebut blastokist. Sekitar 10 hari setelah terjadinya fertilisasi ovum, blastokist akan menanamkan dirinya dalam endometrium yang disebut dengan implantasi. Begitu implantasi terjadi, lapisan uterus (desidua) akan menyelimuti blastokist dan kehamilan terbentuk. Massa sel luar dari blastokist disebut trofoblast. Trofoblast ini akan melekatkan ovum pada desidua dan berkembang menjadi plasenta serta korion. Dinding massa sel dalam akan berkembang menjadi *embrio*, tali pusat, dan amnion. Selanjutnya sel – sel trofoblast menyekresikan hormone sendiri yaitu *chorionic gonaadotrophin hormone* (HCG) kedalam aliran darah ibu yang hamil tersebut. Pengukuran HCG dalam urine merupakan pemeriksaan pertama menegakkan kehamilan (Salemba Medika, 2013).

3. Diagnosa Kehamilan

a. Tanda- tanda kehamilan

1. Tanda Tidak Pasti Hamil

a. Amenorea

Amenorea atau tidak haid, gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan bila persalinan akan terjadi.

b. Mual dan Muntah

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan, serta menimbulkan mual dan muntah terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness.

c. Mengidam

Mengidam (menginginkan makanan atau minum tertentu), sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Pingsan

Sering dijumpai pada ibu hamil pada trimester pertama, sehingga ibu hamil tidak diperbolehkan pergi ketempat ramai.

e. Mammae Tegang dan Membesar

Keadaan ini disebabkan pengaruh estogen dan progesteron yang merangsang duktuli dan alveoli di mamae sehingga glandula montgomeri tampak lebih jelas.

f. Anoreksia

Anoreksia atau tidak nafsu makan pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk dua orang, sehingga kenaikan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.

g. Sering Buang Air Kecil

Sering buang air kecil terjadi karena kandung kemih pada bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang

membesar keluar dari rongga panggul, pada akhir triwulan ketiga gejala ini bisa timbul lagi karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

h. Konstipasi / Obstipasi

Obstipasi terjadi karena tonus otot menurun karena disebabkan oleh hormon steroid.

i. Keputihan

Tanda berupa peningkatan jumlah cairan vagina dan pengaruh hormon cairan tersebut tidak menimbulkan rasa gatal, warnanya jernih dan jumlahnya tidak banyak.

2. Tanda Kemungkinan Hamil

a. Uterus Membesar

b. Tanda Hegar

Tanda hegar yaitu segmen bawah rahim melunak, pada pemeriksaan bimanual, segmen bawah rahim terasa lebih lembek tanda ini sulit di ketahui pada pasien gemuk atau abdomen yang tegang.

c. Tanda Chadwick

Biasanya muncul pada minggu kedelapan dan terlihat lebih jelas pada wanita yang hamil berulang tanda ini berupa perubahan warna. Warna pada vagina dan vulva menjadi agak lebih merah dan kebiruan timbul karena adanya vaskularisasi pada daerah tersebut.\

d. Tanda Piskacek's

Uterus membesar secara simetris menjahui garis tengah tubuh (setengah bagian terasa lebih keras dari yang lainnya), dimana uterus membesar ke salah satu jurusan sehingga menonjol ke jurusan pembesaran tersebut.

e. Tanda Goodell's

Biasanya muncul pada minggu keenam dan terlihat lebih awal pada wanita yang hamil berulang tanda ini berupa servik yang menjadi lebih lunak dan jika dilakukan pemeriksaan spekulum, serviks terlihat bewarna lebih kelabu kehitaman.

f. Braxton His

Tanda braxton hicks terjadi akibat peregangan miometrium yang disebabkan oleh terjadinya pembesaran uterus. Braxton hicks bersifat non ritmik, tanpa disertai adanya nyeri, mulai timbul sejak kehamilan 6 minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvik. Kontraksi ini baru dapat di kenali melalui pemeriksaan pelvik pada kehamilan trimester ke II dan pemeriksaan palpasi abdomen pada kehamilan TM III (Sarwono, 2010).

3. Tanda Pasti Hamil

a. Terdengar DJJ

Jantung janin mulai berdenyut sejak awal minggu keempat setelah fertilisasi, tetapi baru pada usia kehamilan 20 minggu bunyi jantung janin dapat dideteksi dengan fetoskop dengan menggunakan teknik

ultrasound atau sistem doppler, bunyi jantung janin dapat dikenali lebih awal (usia kehamilan 12 – 20 minggu) (Sarwono, 2010).

b. Terasa Gerakan Janin

Pada kondisi tertentu, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16 – 18 minggu (di hitung dari hari pertama haid terakhir). Bagian tubuh janin dapat dipalpasi dengan mudah pada usia kehamilan 20 minggu (Sarwono, 2010).

4. Perubahan Anatomi Dan Fisiologi Pada Ibu Hamil

a. Sistem Reproduksi

1. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata – rata pada akhir kehamilan volume totalnya

mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata – rata 100 gram.

2. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasi padakelenjar – kelenjar serviks. Berbeda kontras dengan korpus, serviks hanya memiliki 10 – 15 % otot polos. Proses *remodeling* berfungsi agar uterus dapat mempertahankan kehamilan sampai aterm dan kemudian proses destruksi serviks yang membuatnya berdilatasi memfasilitasi persalinan. Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang. Waktu yang tidak tepat bagi perubahan kompleks ini akan mengakibatkan persalinan preterem, penundaan persalinan menjadi postterm dan bahkan gangguan persalinan spontan.

3. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga di tunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 – 7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah yang relative minimal. Relaksin, suatu hormone protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan *insulin like growth factor I dan II*, diselerasikan oleh korpus luteum,

desidua, plasenta, dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses *remodeling* jaringan ikat pada saluran reproduksi, yang kemudian akan mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh, tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur biokomia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplantasi pada kehamilan preterm.

4. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vasikularisasi dan hipertensi terlihat jelas pada kulit dan otot – otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan kehilangan sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel – sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, di mana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan PH antara 3,5 – 6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktik glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *lactobacillus acidophilus*.

b. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang – kadang juga mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan *namastriae gravidarum*. Pada multipara selain *striae* kemerahan tu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya, banyak perempuan garis pertengahan perutnya (*lineae alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan

yang disebut *linae nigra*. Perubahan ini disebabkan oleh kadar serum *melanocyte stimulating hormone*.

c. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak, setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena – vena di bawah kulit akan terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama cairan berwarna kekuningan yang disebut kolustrum dapat keluar. Setelah persalinan kadar progesterone dan estrogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama aerola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar *Montgomery*, yaitu kelenjar sebasea dari aerola, akan membesar cenderung untuk menonjol keluar.

d. Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berelebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg.

e. Sistem Kardiovaskular

Pada minggu ke-5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskuler sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vascular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. Peningkatan estrogen dan progesterone juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vascular perifer.

f. Traktus Digestivus

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser ke arah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esophagus bawah sebagian akibat perubahan posisi lambung dan menurunya tonus sfingter esophagus bagian bawah.

g. Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan permata kehamilan kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai menimbulkan saring berkemih. Keadaan ini akan hilang dangan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kapala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali.

h. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar ±135 %.

Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan kosentrasinya pada plasma akan menurun .

i. Sistem Muskulosketal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi arti penting dalam kehamilan. Hormone prolaktin akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya setelah persalinan kontrasepsi pada plasma semakin menurun, hal ini juga ditemui pada ibu – ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

5. Tanda Bahaya Kehamilan

a. Trimester I

1. Perdarahan Pada Kehamilan Muda

a. Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Hadjianto, 2008). Menurut SDKI tahun 2007 penyebab kematian ibu

dikarenakan abortus (5%). Berdasarkan jenisnya Sarwono (2011) menyebutkan abortus dibagi menjadi:

1. *Abortus Iminens*

Abortus imminens adalah abortus yang mengancam, *abortus imminens* dapat atau tanpa disertai rasa mules ringan, sama dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada *abortus imminens* seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu. Pemeriksaan vagina pada kelainan ini memperlihatkan tidak adanya pembukaan serviks.

2. *Abortus Insipien*

Abortus Insipien adalah abortus yang sedang berlangsung, tidak dapat dipertahankan lagi ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya pembukaan serviks. Pada keadaan ini didapatkan juga nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolek uterus yang hebat. Pada pemeriksaan vagina memperlihatkan dilatasi osteum serviks dengan bagian kantung konsepsi menonjol.

3. *Abortus Incomplitus*

Adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, canalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam cavum uteri atau kadang – kadang sudah menonjol dari osteum uteri eksternum.

4. *Abortus Complitus*

Pada abortus completus semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan.

Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, osteum uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Selain ini, tidak ada lagi gejala kehamilan dan uji kehamilan menjadi negatif. Pada Pemeriksaan USG didapatkan uterus yang kosong.

5. *Missed Abortion*

Adalah kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

6. *Abortus Habitualis*

Adalah abortus spontan yang terjadi berturut – turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

b. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Lebih dari 95% kehamilan ektopik berada di saluran telur (*tuba Fallopii*). Patofisiologi terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang telah dibuahi dalam perjalanan menuju endometrium tersendat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya akan tumbuh di luar rongga rahim. Dari

Pemeriksaan dalam serviks teraba lunak, nyeri tekan, nyeri pada uterus kanan dan kiri.

c. Mola Hidatidosa

Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, molahidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung – gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter sampai 1 atau 2 cm.

b. Trimester II

1. Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan.

2. Bayi Kurang Bergerak

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda – tanda kehidupan janin didalam kandungan.

3. Selaput Kelopak Mata Pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah $< 10,5 \text{ gr\%}$ pada trimester II. Anemia pada trimester II disebabkan oleh hemodilusi atau

pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi.

c. Trimester III

1. Perdarahan Pervaginam

Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatan sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

2. Sakit Kepala yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidak nyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.

3. Pandangan Mata Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan.

4. Oedema Pada Wajah Dan Ekstremitas

Oedema dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain.

5. Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*). IUFD adalah tidak adanya tanda – tanda kehidupan janin didalam kandungan.

6. Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Yang dimaksud cairan di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda – tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda – tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda – tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini.

B. Pemeriksaan Antenatal Care (ANC)

1. Defenisi

Antenatal care adalah asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak mulai konsepsi sampai sebelum kelahiran bayi. Asuhan antenatal secara ideal

dimulai segera setelah ibu pertama kali terlambat menstruasi, untuk memastikan keadaan kesehatan ibu dan janinnya (Serri 2013; hal 67).

2. Tujuan Antenatal Care

- a. Memantau kemajuan kehamilan serta memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu serta janin.
- c. Menemukan secara dini adanya masalah atau gangguan dalam kehamilan serta kemungkinan komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berlangsung normal dan pemberian ASI ekslusif dapat berjalan lancar.
- f. Mempersiapkan ibu dan keluarga sehingga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

3. Langkah-Langkah Asuhan Antenatal Care

Kebijakan program yang dilakukan oleh pemerintah berkenaan dengan asuhan kehamilan yaitu dengan memberikan pelayanan / asuhan standar minimal termasuk 14 T (empat belas) :

a. Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1)

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar antara 9 - 13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5

kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

b. Ukur Tekanan Darah (T2)

Tekanan darah yang normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Preeklampsi.

c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan teknik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggudan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

Tabel 2.1. Ukuran Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan sesuai minggu	Jarak dari simfisis
22 – 28 Minggu	24-25 cm
28 Minggu	26,7 cm
30 Minggu	29,5 – 30 cm
32 Minggu	31 cm
34 Minggu	32 cm
36 Minggu	33 cm
40 Minggu	37,7 cm

d. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

e. Pemberian Imunisasi TT (T5)

Imunisasi *Tetanus Toxoid* harus segera di berikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Tabel 2.2 Interval dan Lama Perlindungan Tetanus Toxoid

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
TT4	12 Bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 Bulan setelah TT4	≥ 25 Tahun

f. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. Bila kadar Hb < 11 gr% ibu hamil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

g. Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) (T7)

Pemeriksaan dilakukan pada saat ibu hamil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2cc. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

h. Pemeriksaan Protein urine (T8)

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklampsia.

i. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9)

Untuk Bumil dengan riwayat DM, bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG.

j. Perawatan Payudara (T10)

Senam payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

k. Senam Hamil (T11)

l. Pemberian Obat Malaria (T12)

Diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai menggil dan hasil apusan darah yang positif.

m. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

n. Temu wicara / Konselin

4. Pemeriksaan Fisik Pada Masa Kehamilan

Pemeriksaan fisik pada kehamilan merupakan pemeriksaan yang dilakukan melalui pemeriksaan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mendengar (auskultasi), dan mengetuk (perkus). Pemeriksaan dilakukan pada ibu hamil dengan tepat dan benar sesuai dengan pedoman yang meliputi pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai kaki (head to toe), pemeriksaan leopold I sampai IV, pemeriksaan DJJ, penghitungan usia kehamilan, dan perhitungan taksiran persalinan yang dalam pelaksanannya dilakukan secara sistematis atau berurutan.

a. Persiapan Alat

Bidan / perawat dapat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik pada ibu hamil untuk mendapatkan data tentang perkembangan janin dan adaptasi fisiologis ibu terhadap kehamilan. Adapun alat yang diperlukan adalah sebagai berikut :

1. Timbangan badan
2. Pengukur tekanan darah (tensi meter / sphygmomanometer)
3. Stetoskop
4. Termometer
5. Tisu pada tempatnya
6. Pen light
7. Pita Meter
8. Leannec /doppler elektrik
9. Jangka Panggul
10. Hummer
11. Sarung tangan
12. Kapas kering di tempatnya
13. Air desinfeksi tingkat tinggi (DTT) pada kom
14. Pengalas
15. Bengkok
16. Alat-alat pengendalian infeksi (PI), seperti cairan klorin 0,5 % pada 2 baskom, 2 buah waslap, tempat sampah medis dan non medis.

b. Prosedur Pelaksanaan / Pemeriksaan

Setelah menyelesaikan persiapan alat, kemudian dilanjutkan dengan tindakan pemeriksaan fisik pada ibu hamil. Adapun prosedur tindakan pemeriksaan fisik ibu hamil adalah sebagai berikut :

1. Pelaksanaan / pemeriksaan Awal

- a. Sediakan pencahayaan yang cukup
- b. Mencuci tangan dengan teknik yang benar
- c. Memberitahukan ibu tentang tujuan dan langkah-langkah prosedur
- d. Perhatikan tanda-tanda tubuh yang sehat
- e. Pemeriksaan pandang dimulai semenjak bertemu dengan ibu. Perhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalanannya. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau pincang dan sebagainya. Lihat dan nilai kekuatan ibu ketika berjalan, apakah ia tampak kuat atau lemah.
- f. Inspeksi muka ibu apakah ada cloasma gravidarum, pucat pada wajah dan pembengkakan pada wajah. Periksa adanya bengkak pada ekstremitas tangan dan kaki. Daerah lain yang dapat diperiksa adalah kelopak mata.

2. Pelaksanaan / pemeriksaan lanjutan

- a. Meminta ibu mengganti baju (kalau tersedia)
- b. Mengajurkan ibu untuk buang air kecil terlebih dahulu
- c. Melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan
- d. Timbanglah berat badan ibu pada setiap pemeriksaan kehamilan, bila tidak tersedia ditimbang perhatikan apakah ibu bertambah berat

badannya. Berat badan ibu hamil biasanya naik sekitar 9-12 kg selama kehamilan. Kenaikan berat badan ini sebagian besar diperoleh terutama pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Kenaikan berat badan ini menunjukkan bahwa ibu cukup makanan. Bila kenaikan berat badan kurang dari 5 kg atau lebih dari 12 kg pada kehamilan 28 minggu menandakan adanya ketidak normalan, maka perlu dirujuk. Tinggi dan berat badan hanya diukur pada kunjungan pertama. Bila tidak tersedia alat ukur tinggi badan maka bagian dari dinding dapat ditandai dengan ukuran sentimeter. Bila tinggi badan ibu kurang dari 145 atau tampak pendek dibandingkan dengan rata-rata ibu, maka persalinan perlu diwaspadai. Rumus kenaikan berat badan ibu selama kehamilan adalah sebagai berikut :

1. 10 minggu : minimal 400 g
 2. 20 minggu : minimal 4.000 g
 3. 30 minggu : minimal 8.000 g
 4. Mulai usia kehamilan trimester ke-2 (13 minggu) naik 500 g per minggu.
- e. Ukur lingkar lengan atas ibu dengan alat ukur (meteran)
- f. Lakukan pengukuran tanda-tanda vital ibu yang meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan, dan suhu. Pastikan bahwa ibu sudah istirahat minimal 30 menit setelah kedatangan atau sebelum dilakukannya pemeriksaan tanda-tanda vital. Hal ini bertujuan agar hasil yang didapatkan sesuai dengan kondisi ibu yang sebenarnya.

Tekanan darah pada ibu hamil biasanya tetap normal, kecuali bila ada kelainan. Bila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih, maka mintalah ibu berbaring miring kesebelah kiri dan mintalah ibu bersantai sampai terkantuk. Setelah 20 menit beristirahat, ukurlah tekanan darahnya. Bila tekanan darah tetap tinggi, maka hal ini menunjukkan ibu pre-eklampsia dan harus dirujuk, serta perlu diperiksa kehamilannya lebih lanjut (tekanan darah diperiksa setiap minggu). Ibu dipantau secara ketat dan dianjurkan ibu merencanakan persalinan di rumah sakit.

g. Lakukan pengukuran panggul dengan jangka panggul. Pemeriksaan panggul pada ibu hamil terutama primigravida perlu dilakukan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan.

h. Pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pemeriksaan fisik pada ibu kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan pandang (inspeksi), meraba (palpasi), mendengar (auskultasi), dan mengetuk (perkus). Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut sampai ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaanya dilakukan secara sistematis atau berurutan. Pada saat pemeriksaan pada daerah dada dan perut, baik pemeriksaan inspeksi, palpasi, dan auskultasi dilakukan secara berurutan dan bersamaan sehingga tidak adanya kesan membuka tutup baju ibu dan akhirnya dapat menimbulkan ketidaknyamanan.

Berikut ini akan diuraikan pemeriksaan obstetrik terhadap ibu hamil mulai dari kepala sampai kaki adalah :

1. Lihatlah wajah atau muka ibu

Adakah cloasma gravidarum, pucat pada wajah atau pembengkakan pada wajah. Pucat pada wajah, konjungtiva, dan kuku menandakan bahwa ibu menderita anemia, sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut. Bila terdapat bengkak di wajah, periksalah apakah ada bengkak juga pada tangan dan kaki.

2. Periksa dasar kulit kepala dan rambut ibu hamil (tekstur, warna, kerontokan, dan lesi). Memeriksa keadaan muka ibu hamil (edema, kuning atau memar, hiperpigmentasi, atau cloasma gravidarum).

3. Inspeksi sklera dan konjungtiva ibu hamil (menyeluruh ibu melihat ke atas saat jari pemeriksa menarik kelopak mata ke arah bawah).

4. Periksa lubang hidung ibu hamil menggunakan penlight (lihat apakah ada septum deviasi, polip, perdarahan dan sekret).

5. Periksa kondisi sinus dengan perkusi ringan di daerah sinus, menggunakan jari (ambil menanyakan ke ibu apakah terasa sakit dan lihat permukaan kulit muka dibagian sinus apakah kemerahan).

6. Periksa liang telinga ibu dengan menggunakan pen light (lihat kebersihan dan adanya serumen) lakukan pemeriksaan ketajaman pendengaran dengan tes berbisik.

7. Periksa rongga mulut, lidah dan gigi yang tanggal, gigi yang berlubang, serta karies gigi. Selain dilihat pemeriksa juga perlu mencium adanya bau mulut yang menyengat.
8. Periksa kelenjar getah benih di depan dan belakang telinga, bawah rahang, leher dan bahu (apakah teraba pembesaran).
9. Periksa kelenjar tiroid dengan 3 jari kedua tangan pada kedua sisi trachea sambil berdiri di belakang ibu. Anjurkan ibu menelan dan merasakan benjolan yang teraba saat ibu menelan.
10. Dengarkan bunyi jantung dan nafas ibu dengan menggunakan stetoskop.
11. Periksa payudara ibu (ukuran simetris, putting susu menonjol, atau masuk ke dalam, retraksi dada, nodul aksila, hiperpigmentasi areola dan kebersihan). Lihat dan raba payudara dan perhatikan pengeluaran apakah ASI sudah keluar atau belum.
12. Periksa colostrum dengan menekan areola mammae sambil memegang putting mammae dengan jari telunjuk dan ibu jari kemudian memencetnya.
13. Letakkan tangan ibu kearah kepala perhatikan dan raba kelenjar di daerah aksila kanan dan lanjutkan dengan aksila kiri dengan teknik yang sama untuk mengetahui pembesaran kelenjar getah bening.
14. Pasang pakaian ibu bagian atas dan buka pakaian daerah perut ibu.
15. Lakukan inspeksi atau palpasi pada dinding abdomen, Perhatikan apakah perut simetris atau tidak, raba adanya pergerakan janin, apakah

terjadi hiperpigmentasi pada abdomen atau line nigra atau tidak, dan apakah terdapat luka bekas operasi, varises, jaringan perut atau tidak.

16. Melakukan pemeriksaan leopold I untuk menentukan bagian janin yang ada di fundus.

17. Tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan kehamilan, perkiraan tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan :

1. 20 minggu : 20 cm
2. 24 minggu : 24 cm
3. 32 minggu : 32 cm
4. 36 minggu : 34-36 cm

Pada setiap kunjungan, tinggi fundus uteri perlu diperiksa untuk melihat pertumbuhan janin normal, terlalu kecil atau terlalu besar.

18. Melakukan pemeriksaan leopold II untuk menentukan bagian janin yang berada pada sisi kanan dan kiri perut ibu.

19. Melakukan pemeriksaan leopold III untuk menentukan bagian janin yang berada pada bagian terbawah.

20. Melakukan pemeriksaan leopold IV untuk menentukan presentasi dan engagement (sampai seberapa jauh derajat desensus janin dan mengetahui seberapa bagian kepala janin masuk ke pintu atas panggul).

21. Perhatikan adanya varises pada ekstremitas bawah kanan dan kiri ibu. Lihat dan raba bagian belakang betis dan paha, catat adanya tonjolan kebiruan dari pembuluh darah. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah

untuk memeriksa adanya edema (Hutahaean serri, 2013.*Asuhan Antenatal*. Salemba Medika. Jakarta : hal 176-186).

C. Emesis Gravidarum

1. Defenisi

Emesis gravidarum merupakan keluhan umum yang disampaikan pada kehamilan muda. Terjadinya kehamilan menimbulkan perubahan hormonal pada wanita karena terdapat peningkatan hormon estrogen, progesteron, dan dikeluarkannya human chorionic gonadotropine plasenta. Hormon-hormon inilah yang diduga menyebabkan emesis gravidarum. (Sarwono, 2010).

2. Etiologi

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan, menimbulkan mual dan muntah terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness akibat mual dan muntah nafsu makan berkurang.

3. Tanda dan Gejala

Gejala klinik emesis gravidarum adalah kepala pusing, terutama pagi hari, disertai mual muntah sampai kehamilan 4 bulan (Manuaba,2010;h 227).

Tanda - tanda emesis gravidarum berupa :

- a. Rasa mual, bahkan dapat sampai muntah, mual dan muntah ini terjadi 1- 2 kali sehari, biasanya terjadi di pagi hari tetapi dapat pula terjadi setiap saat.
- b. Nafsu makan berkurang
- c. Mudah lelah

d. Emosi yang cenderung tidak stabil

4. Penatalaksanaan

a. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang ibu hamil muda yang selalu dapat disertai emesis gravidarum akan berangsur – angsur berkurang sampai umur kehamilan 4 bulan.

b. Dinasehatkan agar tidak terlalu cepat bangun dari tempat tidur, sehingga tercapai adaptasi aliran darah menuju susunan saraf pusat.

c. Nasehat diet, dianjurkan makan dengan porsi kecil, tetapi lebih sering. Makanan yang merangsang timbulnya mual dan muntah dihindari.

d. Obat-obatan, pengobatan ringan tanpa masuk rumah sakit pada emesis gravidarum :

1. Vitamin yang diperlukan : (vitamin B kompleks, mediamer B6 sebagai vitamin dan antimuntah)
2. Sedativa ringan : luminal 3 x 30 mg (barbitural), valium
3. Anti mual muntah : Stimetil, primperan, emetrol dan lainnya.

e. Nasehat Pengobatan

1. Banyak minum air atau minuman lain.
2. Hindari minuman atau makanan yang asam untuk mengurangi iritasi lambung.

f. Nasehat Kontrol Antenatal :

1. Pemeriksaan hamil lebih sering.
2. Segera datang bila terjadi keadaan abnormal (Manuaba,2010).

D. Hiperemesis Gravidarum

1. Defenisi

Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai umur kehamilan 20 minggu. Keluhan muntah kadang - kadang begitu hebat dimana segala apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan sehingga mempengaruhi keadaan umum dan mengganggu pekerjaan sehari - hari, berat badan menurun, dehidrasi, dan terdapat aseton dalam urin bahkan seperti gejala penyakit apendisisis, pielitis (Sarwono, 2010; hal 815).

Hiperemesis gravidarum dapat menyebabkan cadangan karbohidrat habis dipakai untuk keperluan energi, sehingga pembakaran tubuh beralih pada cadangan lemak dan protein. Karena pembakaran lemak kurang sempurna terbentuklah badan keton didalam darah yang dapat menambah beratnya gejala klinik (Manuaba, 2010; hal 229)

2. Etiologi Hiperemesis Gravidarum

Penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Perubahan- perubahan anatomis pada otak, jantung, hati, dan susunan saraf disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lainnya. Berikut adalah beberapa faktor predisposisi terjadinya mual dan muntah :

a. Faktor adaptasi dan hormonal

Pada wanita hamil yang kekurangan darah lebih sering terjadi hiperemesis gravidarum. Dapat dimasukkan dalam ruang lingkup faktor adaptasi adalah

wanita hamil dengan anemia, wanita primigravida, dan overdistensi rahim pada hamil kembar dan hamil mola hidatidosa. Sebagian kecil primigravida belum mampu beradaptasi terhadap hormon estrogen dan korionik gonadotropin, sedangkan pada ibu hamil kembar dan mola hidatidosa, jumlah hormon yang dikeluarkan terlalu tinggi dan menyebabkan terjadi hiperemesis gravidarum itu.

b. Faktor psikologis

Hubungan faktor psikologis dengan kejadian hiperemesis gravidarum belum jelas. Besar kemungkinan bahwa wanita yang menolak hamil, takut kehilangan pekerjaan, keretakan hubungan dengan suami dan sebagainya, diduga dapat menjadi faktor kejadian hiperemesis gravidarum. Dengan perubahan suasana dan masuk rumah sakit penderitaannya dapat berkurang sampai menghilang.

c. Faktor alergi

Pada kehamilan, ketika diduga terjadi oivasi jaringan villi korialis yang masuk kedalam peredaran darah ibu, maka faktor alergi dianggap dapat menyebabkan kejadian hiperemesis gravidarum. (Manuaba, 2010; hal 230).

3. Tanda dan Gejala

Hiperemesis gravidarum, menurut berat ringannya gejala yang dapat dibagi dalam 3 tingkatan yaitu sebagai berikut :

a. Tingkatan I

Muntah terus-menerus yang memengaruhi keadaan umum penderita, ibu merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun, dan nyeri epigastrium. Nadi meningkat sekitar 100 kali per menit, tekanan darah sistol menurun, turgor kulit berkurang, lidah mengering dan mata cekung.

b. Tingkatan II

Penderita tampak lebih lemah dan apatis, turgor kulit jelek, lidah mengering, dan tapak kotor, nadi kecil dan cepat, suhu kadang-kadang naik dan mata sedikit ikterus, berat badan menurun dan mata menjadi cekung, tekanan darah rendah, hemokonsentrasi, Oliguria, dan konstipasi, Tercium aseton pada bau mulut, karena mepunyai aroma yang khas dan dapat ditemukan dalam urine.

c. Tingkatan III

Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun, dan somnolen sampai koma, nadi kecil dan cepat, suhu badan meningkat, serta tekanan darah menurun. (Salemba Medika).

4. Diagnosa Hiperemesis Gravidarum

- a. Amenorea yang disertai muntah hebat, pekerjaan sehari-hari terganggu.
- b. Fungsi vital: Nadi meningkat 100 kali per menit, tekanan darah menurun pada keadaan berat, subfebril dan gangguan kesadaran (apatis-koma).
- c. Fisik : Dehidrasi, kulit pucat, ikterus, sianosis, berat badan menurun, porsio lunak pada vaginal touche, uterus besar sesuai besarnya kehamilan, konsistensi lunak.

d. Laboratorium : Kenaikan relatif hemoglobin dan hematokrit, benda keton dan protein urin (Sarwono, 2010; hal 816).

5. Komplikasi Hiperemesis Gravidarum Grade II

a. Maternal

1. Dehidrasi Berat
2. Ikhterik
3. Takikardi
4. Suhu Meningkat
5. Alkalosis
6. Kelaparan
7. Diplopia atau seseorang melihat dua tampilan dari satu objek
8. Palsi nervus
9. Nistagmus atau gerakan mata yang cepat dari kiri ke kanan atau ke atas kebawah.
10. Ataksi kegagalan otot-otot dalam mengendalikan tangan dan kaki sehingga menyebabkan gangguan keseimbangan.
11. Kejang

b. Fetal

Penurunan berat badan yang kronis akan meningkatkan kejadian gangguan pertumbuhan janin dalam urine (IUGR) (Sarwono, 2010)

6. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum

a. Penatalaksanaan:

1. Untuk keluhan hiperemesis yang berat pasien dianjurkan untuk dirawat di rumah sakit dan membatasi penunjang.
2. Stop makanan per oral 24 - 48 jam
3. Infus glukosa 10 % atau 5 % : RL = 2 : 1, 40 tetes per menit
4. Obat
 - a. Vitamin B₁ dan B₆ masing-masing 50-100 mg/hari/infus
 - b. Vitamin B₁₂ 200 µg/hari/infus, vitamin C 200 mg/hari/infus
 - c. Fenobarbital 30 mg I.M 2-3 kali per hari atau klorpromazin 25-50 mg/hari I.M atau kalau diperlukan diazepam 5 mg 2-3 kali per hari I.M.
 - d. Antiemetik: promotazin (avopreg) 2-3 kali 25 mg per hari per oral atau proklorperazin (stemetil) 3 kali 3 mg per hari per oral atau mediamer B₆ 3 kali 1 per hari per oral
5. Diet sebaiknya meminta advis ahli gizi

Diet hiperemesis I diberikan pada hiperemesis tingkat III. Makanan hanya berupa roti kering dan buah – buahan Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1 – 2 jam sesudahnya. Makanan ini kurang mengandung zat gizi, kecuali vitamin C sehingga hanya diberikan selama beberapa hari.
6. Rehidrasi dan suplemen vitamin

Pilihan cairan adalah normal salin (NaCl 0,9 %). Cairan dekstrosa tidak boleh diberikan karena tidak mengandung sodium yang cukup untuk mengoreksi hiponatremia. Suplemen potassium boleh diberikan secara intravena sebagai tambahan. Suplemen tiamin diberikan secara oral 50 atau 150 mg atau 100 mg dilarutkan ke dalam 100 cc NaCL. Urine output juga harus dimonitor dan perlu dilakukan pemeriksaan dipstik untuk megetahui terjadinya ketonuria.

7. Antiemesis

Tidak dijumpai adanya teratogenitas dengan menggunakan dopamin antagonis (metoklopramid, domperidon), fenotiazin (klorpromazin, proklorperazin), antikolinergik (disiklomin) atau antihistamin H1-reseptor antagonis (prometazin, siklizin). Namun, bila masih tetap tidak memberikan respons, dapat juga digunakan kombinasi kortikosteroid dengan reseptor antagonis 5-Hidrokstriptamin (5-HT₃) (ondansetron, sisaprid) (Sarwono, 2010; hal 817).

8. Penanganan terhadap hiperemesis gravidarum perlu dilaksanakan dengan jalan memberikan penerapan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik, memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan, mengajurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi lebih sering. Waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, tetapi dianjurkan untuk makan roti kering atau biskuit

dengan teh hangat. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan. Makanan dan minuman sebaiknya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin.

9. Isolasi. Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang tetapi cerah dan peredaran udara yang baik. Tidak diberikan makan/minuman selama 24 -28 jam. Kadang-kadang dengan isolasi saja gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.

10. Terapi psikologik.

Perlu diyakinkan pada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi pekerjaan yang berat serta menghilangkan masalah dan konflik, yang kiranya dapat menjadi latar belakang penyakit ini.

11. Cairan parenteral

Berikan cairan - parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan Glukosa 5% dalam cairan garam fisiologik sebanyak 2-3 liter per hari. Bila perlu dapat ditambah Kalium dan vitamin, khususnya vitamin B kompleks dan vitamin C. Bila ada kekurangan protein, dapat diberikan pula asam amino secara intra vena.

12. Penghentian kehamian

Pada sebagian kecil kasus keadaan tidak menjadi baik, bahkan mundur. Usahakan mengadakan pemeriksaan medik dan psikiatri bila keadaan memburuk. Delirium, kebutaan, tachikardi, ikterus anuria dan

perdarahan merupakan manifestasi komplikasi organik. Dalam keadaan demikian perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan. Keputusan untuk melakukan abortus terapeutik sering sulit diambil, oleh karena di satu pihak tidak boleh dilakukan terlalu cepat, tetapi dilain pihak tak boleh menunggu sampai terjadi gejala ireversibel pada organ vital.

13. Prinsip Gizi Pada Hyperemesis

Mengganti persediaan glikogen dan mengontrol acidosis dengan memberikan makanan yang cukup kalori dan nutrisi lainnya (secara berangsur) untuk mencegah terjadinya dehidrasi. Syarat diet Pada Hyperemesis Gravidarum adalah sebagai berikut :

- a. Tinggi hidrat arang dan rendah lemak.
- b. Cukup cairan dengan menyesuaikan kondisi penderita.
- c. Makanan dalam bentuk kering, mudah dicerna, tidak merangsang muntah, porsi kecil dan sering.
- d. Untuk menghindari muntah, sebaiknya minuman tidak diberikan bersama makan.
- e. Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan penderita.
- f. Secara berangsur diberikan makanan yang memenuhi syarat gizi.

14. Menyusun Menu Pada Hyperemesis Gravidarum

- a. Diet Hyperemesis Gravidarum I

Tabel 2.3 Menu Hyperemesis Gravidarum grade I

Waktu	Menu	Takaran Rumah Tangga
08.00	Roti panggang Jam/Selai	2 ptg 1 sdm
10.00	Air Jeruk Gula Pasir	1 gelas 1 sdm
12.00	Roti Panggang Jam / Selai Pepaya Gula pasir	2 potong 1 sdm 2 potong 1 sdm
14.00	Air jeruk Gula pasir	1 gelas 1 sdm
16.00	Pepaya	1 potong
18.00	Roti panggang Jam / selai Pisang Gula pasir	2 potong 1 sdm 1 buah 1 sdm
20.00	Air jeruk Gula pasir	1 gelas 1 sdm

b. Diet Hyperemesis Gravidarum II

Tabel 2.4 Menu Hyperemesis Gravidarum grade II

Jenis	Berat (gr)	Ukuran Rumah Tangga (URT)
Beras	150	2 gelas nasi
Roti	80	4 potong
Protein Hewani	100	2 potong
Telur	50	1 butir
Protein Nabati	50	2 potong
Sayuran	150	1,5 gelas
Buah	400	4 potong
Margarin	10	1 sdm
Gula pasir	30	3 sdm
Jam / selai	20	2 sdm

c. Diet Hyperemesis Gravidarum III

Tabel 2.5 Menu Hyperemesis Gravidarum grade III

Jenis	Berat (gr)	Ukuran Rumah Tangga (URT)
Beras	200	3 gelas nasi
Roti	80	4 potong
Biskuit	40	4 buah
Protein Hewani	100	2 potong
Telur	50	1 butir
Protein nabati	100	4 potong
Sayuran	150	1,5 gelas
Buah	400	4 potong
Minyak	10	1 sdm
Margarin	20	2 sdm
Jam / selai	20	2 sdm
Gula pasir	30	3 sdm

Pencegahan hiperemesis gravidarum dilaksanakan dengan memberikan informasi yang benar tentang kehamilan dan persalinan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses fisiologis, serta memberikan keyakinan bahwa mual dan muntah merupakan hal alami pada kehamilan muda dan akan hilang setelah usia kehamilan 4 bulan. Selain itu, ibu hamil juga dianjurkan untuk mengubah pola makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi sering. Ketika bangun pagi dianjurkan untuk tidak segera turun dari tempat tidur, tetapi disarankan untuk makan roti kering atau biscuit dengan teh hangat. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan. Makanan dan minuman yang disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin sesuai selera ibu. (Salemba Medika, 2013).

E. Skore Drajat Dehidrasi

Untuk menilai derajat Dehidrasi (kekurangan cairan) dapat digunakan skor WHO dibawah ini:

Tabel 2.6 Skore Drajat Dehidrasi

Yang dinilai	SKOR		
	1	2	3
Keadaan umum	Baik	Lesu/haus	Gelisah, lemas, mengantuk hingga syok
Mata	Biasa	Cekung	Sangat cekung
Mulut	Biasa	Kering	Sangat kering
Pernapasan	< 30 x/menit	30-40 x/menit	> 40 x/menit
Turgor	Baik	Kurang	Jelek
Nadi	< 120 x/menit	120-140 x/menit	> 140 x/menit

Skor: 6 : tanpa dehidrasi
 7 – 12 : dehidrasi ringan-sedang
 ≥ 13 : dehidrasi berat

F. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

1. Manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan, keterampilan dalam rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Varney,2012).

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

a. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

1. Identitas
2. Alasan kunjungan
3. Riwayat menstruasi

4. Riwayat kesehatan
5. Riwayat penyakit sekarang
6. Riwayat kesehatan yang lalu
7. Riwayat perkawainan
8. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
9. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya,
10. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan 5 dan 6 (menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

b. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan

seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “Nomenklatur Standar Diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

c. Langkah III: Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan ragkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaian uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaian uterus yang berlebihan tersebut (misalnya polihidramnion, besar dari masa

kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuaian uterus yang berlebihan. Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distosia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatis terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

d. Langkah IV: Identifikasi Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk

kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medic yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawat klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

e. Langkah V: Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah - langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu

merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kehidupan membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien. Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

g. Langkah V: Implementasi

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diurakan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah

bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut.

h. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah diagnosa.

2. Metode Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang dilakukan dengan menggunakan proses berfikir secara sistematis sesuai dengan langkah-langkah manajemen kebidanan yang diterapkan dengan metode SOAP.

Pendokumentasian dalam bentuk SOAP yaitu :

1. S (Data Subjektif)

Pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis.

2. O (Data Objektif)

Pendokumentasian menajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian) terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain.

3. A (Assesment)

Pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup diagnostik/masalah kebidanan, diagnostik/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial.

4. P (Planning)

Membuat rencana asuhan yang disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data, rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Dengan kata lain P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam, dan ketujuh.

Beberapa alasan penggunaan SOAP dalam pendokumentasian :

1. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat, prinsip dari metode ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan majemen kebidanan.
2. SOAP merupakan urutan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisasi pikiran dan memberi asuhan yang menyeluruh.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Studi kasus yang digunakan penulis dalam membuat lembar tugas akhir ini adalah dengan menggunakan asuhan kebidanan menurut tujuh langkah Varney dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan data perkembangannya menggunakan SOAP pada “ Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum Grade II Di Klinik Pratama Mariana Sukadono Tahun 2017”.

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di klinik pratama mariana sukadono tahun 2017.

C. Subjek Studi Kasus

Subjek penelitian dalam studi kasus ini adalah Ny. V, usia 20 tahun, GIP0A0 usia kehamilan 16 minggu 5 hari dengan hiperemesis gravidarum grade II .

D. Metode Pengumpulan Data

1. Metode

Jenis penelitian yang digunakan penulis dalam lembar tugas akhir ini adalah metode observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan oleh penulis melalui pendekatan manajemen kebidanan tujuh langkah Varney.

2. Jenis Data

a. Data Primer

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan obstetri yang dilakukan seperti letak janin, kontraksi, djj, dan gerak janin dilakukan untuk menentukan

status kesehatan klien dan janin, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan serta pemeriksaan *head to toe* yang berpedoman pada format asuhan kebidanan pada ibu hamil di prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

2. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada Ny V dengan hiperemesis gravidarum grade II oleh bidan di klinik Pratama Mariana Sukadono. Wawancara yang dilakukan meliputi biodata pasien secara lengkap, keluhan utama, riwayat kesehatan ibu sekarang dan yang lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat menstruasi, riwayat persalinan, hubungan sosial, dan data kebiasaan sehari-hari. Wawancara dicatat di lembar catatan yang berpedoman format asuhan kebidanan pada ibu hamil di prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

3. Observasi

Pada kasus ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum grade II yang diobservasi adalah keadaan umum dan kesadaran ibu, kondisi janin.

b. Data Skunder

Data sekunder diperoleh dari data dokumentasi yang berasal dari catatan medis pasien, serta data angka kejadian kasus hiperemesis gravidarum yang diperoleh dari rekam medis Klinik Pratama Mariana Sukadono Tahun 2017.

3. Etika Studi Kasus

- a. Membantu masyarakat untuk melihat secara kritis moralitas yang dihayati masyarakat.
- b. Membantu penulis untuk merumuskan pedoman etis yang telah memadai dan norma – norma benar yang dibutuhkan karena adanya perubahan yang dinamis dalam tata kehidupan masyarakat.
- c. Dalam studi kasus lebih menunjuk pada perinsip – pensip etis yang di terapkan dalam kegiatan studi kasus.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. V USIA 20 TAHUN G1P0A0 DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM GRADE II DI KLINIK PRATAMA MARIANA SUKADONO

Tanggal Masuk: 20 Maret 2017

Tgl pengkajian : 20 Maret 2017

Jam Masuk : 13.00 Wib

Jam Pengkajian: 13.00 Wib

Tempat : Klinik Pratama Mariana

Pengkaji : Rutina Julianti S

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu	: Ny.V	Nama Suami	: Tn.A
Umur	: 20 tahun	Umur	: 25 tahun
Agama	: Protestan	Agama	: Protestan
Suku/bangsa	: Toba/Indonesia	Suku/bangsa	: Toba/Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Pegawai Swasta
Alamat	: Jl. Eka	Alamat	: Jl. Eka

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1. Alasan kunjungan : Ingin memeriksakan kehamilannya

2. Keluhan utama : :

- Setiap habis makan, makanan yang di masukkan selalu di muntahkan, karakteristik muntah yaitu makanan campur lendir berwarna kekuningan.
- Nafsu makan berkurang
- Pusing dan lemas

3. Riwayat menstruasi:

- a. Menarche : 13 thn, siklus 28 hari, teratur
- b. Lama : 4 – 5 hari, Banyak : 3 – 4 ganti doek
- c. Keluhan : Tidak Ada

4. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak ke	Tgl lahir / Umur	U K	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB /JK	Keadaan	Keadaan	Laktasi
I		H	A	M	I	L		I	N	I	

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. G1 P0 A0
- b. HPHT : 23 November 2016 HPL : 30 Agustus 2017
- c. UK : 16 Minggu 5 Hari
- d. Gerakan janin : Belum dirasakan
- e. Imunisasi Toxoid Tetanus : Tidak Ada
- f. Kecemasan : Tidak Ada
- g. Tanda-tanda bahaya : Tidak Ada
- h. Tanda-tanda persalinan : Tidak Ada

6. Riwayat penyakit yang pernah diderita

- a. Jantung : Tidak Ada
- b. Hipertensi : Tidak Ada
- c. Diabetes Mellitus : Tidak Ada
- d. Ginjal : Tidak Ada
- e. Asma : Tidak Ada
- f. Hepatitis : Tidak Ada
- g. Riwayat operasi abdomen / SC : Tidak Ada

7. Riwayat penyakit keluarga

- a. Hipertensi : Tidak Ada
- b. Diabetes Mellitus : Tidak Ada
- c. Asma : Tidak Ada
- d. Lain-lain : Tidak ada riwayat kembar

8. Riwayat KB : Tidak Ada

9. Riwayat psikososial

- a. Status perkawinan : Sah
- b. Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang
- c. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Musyawarah
- d. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Klinik oleh bidan
- e. Persiapan menjelang persalinan : BPJS

10. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum :

- Frekuensi : 3 kali
- Jenis : Nasi + Lauk pauk, Porsi : 1 / 4 Porsi
- Keluhan : Mual, Muntah \pm 10 kali dan tidak nafsu makan
- Minum : 8 gelas / hari
- Jenis : Air Putih

b. Pola istirahat

- Tidur siang : 1 Jam
- Tidur malam : \pm 7 jam

c. Pola eliminasi

- BAK : 7 kali / hari, warna : Kuning
- BAB : 1 kali / hari, konsistensi : Lunak

d. Personal hygiene

- Mandi : 2 kali / hari
- Ganti pakaian / pakaian dalam : 2 kali / hari

e. Pola aktivitas

- Pekerjaan sehari-hari : IRT

f. Kebiasaan hidup

- Merokok : Tidak Ada
- Minum-minuman keras : Tidak Ada
- Obat terlarang : Tidak Ada
- Minum jamu : Tidak Ada

C. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Lemah
2. Tanda-tanda vital
 - a. Tekanan darah : 90 / 60 mmHg
 - b. Nadi : 102 kali / menit
 - c. Suhu : $37,8^{\circ}\text{C}$
 - d. Respirasi : 22 kali / menit
3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan
 - a. Berat badan : 56 kg, BB selama hamil : 54 kg (BB Turun 2 Kg)
 - b. Tinggi badan : 150 cm, LILA : 27 cm
4. Pemeriksaan fisik
 - a. Postur tubuh : Lordosis
 - b. Kepala
 - Muka : Simetris, Cloasma : Tidak Ada, Oedema : Tidak Ada, muka tampak pucat.
 - Mata : Simetris, Conjungtiva : Pucat, Sclera : Sedikit ikterus , dan Cekung
 - Hidung : Simetris, Polip: Tidak meradang
 - Mulut / Bibir : Simetris, Pucat, Tidak ada caries gigi, Lidah sedikit kotor, dan tercium keton dari mulut ibu.
 - c. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid

d. Payudara :

- Bentuk simetris : Asimetris
- Keadaan putting susu : Menonjol
- Areola mamae : Hyperpigmentasi
- Colostrum : Tidak ada

e. Perut

- Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi
- Palpasi :
 - Leopold I : TFU : 17 cm
 - Leopold II : Belum dapat dilakukan
 - Leopold III : Belum dapat dilakukan
 - Leopold IV : Belum dapat dilakukan
 - TBJ : 930 gram
 - TFU : 17 cm
- Kontraksi :
 - Auskultasi
 - DJJ : 130 x/i

f. Ekstremitas

- Atas : Lengkap, Tidak oedema dan tidak ada verices
- Bawah : Lengkap, Tidak oedema dan tidak ada vertices
- Tugor kulit : Lambat

g. Genitalia

- Anus : Tidak haemoroid

h. Pemeriksaan Panggul

- Lingkar Panggul : 94 cm
- Distosia Cristarum : 28 cm
- Distosia Spinarum : 27 cm
- Conjungata Bourdeloque: 19 cm

i. Pemeriksaan dalam

- Tidak dilakukan

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Pemeriksaan Laboratorium (* Jika ada indikasi Albumin) :

* Keton:

Hb : Gol darah:

Ht : Rh :

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN :

A. **Diagnosa** : Ny. V usia 20 tahun G1P0A0 usia kehamilan 16 minggu 5 hari, Janin hidup, dengan hiperemesis gravidarum grade II

1. Data Dasar

- Usia Ibu 20 Tahun**

DS : Ibu mengatakan lahir pada tanggal 24 Februari 1997

DO : Usia ibu 20 tahun

- G1P0A0**

DS : Ibu mengatakan ini kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran

DO:

- Tidak terdapat Strie pada perut ibu
- Perut ibu tampak kencang

- Usia Kehamilan 16 minggu 5 hari**

DS : Ibu mengatakan HPHT : 23 November 2016

DO: Usia kehamilan menurut Neegle

23	November	= 1 Minggu
	Desember	= 4 Minggu 3 Hari
	Januari	= 4 Minggu 3 Hari
	Februari	= 4 Minggu
20	Maret	= 2 minggu 6 Hari +
		= 15 Minggu 12 Hari
		= 16 Minggu 5 Hari

- **Janin Hidup**

DS : Ibu mengatakan merasakan adanya gerakan janin

DO: - Dilakukan leopold

- Leopold I : TFU : 17 cm
- DJJ : 130 kali / menit

- **Hiperemesis Gravidarum Grade II**

DS :

- Setiap habis makan, makanan yang di masukkan selalu di muntahkan, karakteristik muntah yaitu makanan campur lendir berwarna kekuningan
- Nafsu makan berkurang
- Pusing dan lemas

DO:

- Keadaan umum : Lemah
- Tanda-tanda vital :
 - Tekanan darah : 90 / 60 mmHg
 - Nadi / Suhu : 102 kali/menit / $37,8^{\circ}\text{C}$
 - Respirasi : 22 kali/menit
- DJJ : 130 kali / menit
- TFU : 17 cm
- TTP : 30 Agustus 2017
- Tugor kulit : Lambat

B. **Masalah** : Lemas, mual, muntah, dan tidak nafsu makan

C. **Kebutuhan:**

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu
2. Menjelaskan pada ibu tentang keluhan yang ibu alami
3. Bantu ibu memilih posisi yang menyenangkan
4. Observasi Tanda – tanda vital ibu
5. Berikan cairan intravena yaitu infuse Dextrose 5% 2 fls dan RL 1 fls secara bergantian
6. Mengajurkan ibu untuk istirahat cukup
7. Berikan dukungan psikologis pada ibu dan memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya
8. Observasi mual dan muntah ibu
9. Mengkonsumsi makanan yang bernutrisi selama kehamilan
10. Memperbanyak minum air putih
11. Mengurangi makanan yang berlemak dan berbumbu
12. Makan sedikit-sedikit tapi sering
13. Makan makanan selingan seperti biscuit dan roti kering
14. Observasi mual dan muntah ibu
15. Beri therapy

III. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Hiperemesis grade III

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI/ RUJUK

Tidak Ada

V. INTERVENSI :

Tanggal : 20 Maret 2016

JAM : 13. 30 WIB

No	Intervensi	Rasional
1	Menyampaikan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu	Agar ibu mengetahui hasil pemeriksaan, konsdisi dan keadaannya saat ini
2	Menjelaskan pada ibu tentang keluhan yang ibu alami	Agar ibu tidak khawatir dan dapat mengatasi keluhan yang dirasakannya saat ini
3	Bantu ibu memilih posisi yang menyenangkan	Istirahat dengan posisi yang menyenangkan ditempat tidur dapat membantu ibu untuk istirahat dengan baik, mengurangi rasa bosan dan tidak nyaman
4	Observasi Tanda – tanda vital ibu	TTV merupakan dasar untuk menilai perkembangan dan sebagai indikator dalam membantu mengevaluasi tindakan selanjutnya
5	Berikan cairan intravena yaitu infuse Dextrose 5% 2 fls dan RL 1 fls secara bergantian	Cairan Dextrose dan RL dapat membantu mengganti cairan dan elektrolit yang keluar melalui muntah
6	Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup	Istirahat yang cukup dapat menambah ketenangan dan rasa nyaman pada ibu
7	Berikan dukungan psikologis pada ibu dan memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya	Komunikasi terbuka membantu ibu untuk mengontrol, mengurangi kecemasan dan menghilangkan reaksi terhadap stress dan ambivalen yang dirasakannya sehingga menciptakan ketenangan batin, dan ibu dapat lebih tenang
8	Mengkonsumsi makanan yang bernutrisi selama kehamilan	Nutrisi yang adekuat sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin didalam kandungan
9	Memperbanyak minum air putih	Dengan minum air cukup dapat membantu peristaltic usus besar sehingga dapat mencegah konstipasi dan mencegah dehidrasi
10	Mengurangi makanan yang berlemak dan berbumbu	Makanan yang berlemak dan berbumbu dapat menstimulasi terjadinya mual dan muntah

11	Makan sedikit-sedikit tapi sering	Makan sedikit-sedikit tapi sering dilakukan untuk menghindari rasa penuh pada lambung sehingga ibu tidak merasa mual dan muntah
12	Makan makanan selingan seperti biscuit dan roti kering	Makanan selingan dapat mengurangi atau menghindari rangsangan mual dan muntah yang berlebihan serta mencegah hipoglikemia
13	Observasi mual dan muntah ibu	Berkurangnya frekuensi jumlah muntah keluar menandakan kemajuan kondisi ibu yang menggambarkan reaksi positif terhadap perawatan dan pengobatan yang di berikan.
14	Beri therapy <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infus dextrose 5% atau RL 30 tetes/ menit. ▪ Antasida Syr 1 sdm ▪ Injeksi Ondasetron dan ranitidine via IV 	Dapat memperbaiki keadaan umum ibu.

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal : 20 Maret 2017

JAM : 13. 35 Wib

No	Jam	Implementasi/Tindakan
1	13. 35 Wib	<p>Menyampaikan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keadaan umum : Lemah ▪ Tanda – tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> ○ Tekanan darah : 90 / 60 mmHg ○ Nadi/Suhu : 102 kali/menit / 37,8 ⁰C ○ Respirasi : 22 kali/menit ▪ DJJ : 130 kali / menit ▪ TFU : 17 cm ▪ TTP : 30 Agustus 2017 ▪ Tugor kulit : Lambat ▪ Palpasi : <ul style="list-style-type: none"> ○ Leopold I : TFU : 17 cm ○ Leopold II : Belum dapat dilakukan ○ Leopold III : Belum dapat dilakukan ○ Leopold IV : Belum dapat dilakukan ▪ TBJ : 930 gram <p>Evaluasi : Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan</p>

2	13.50 Wib	Menjelaskan pada ibu tentang keluhan yang ibu alami merupakan salah satu tanda bahaya kehamilan, namun ibu tidak perlu khawatir karena hal ini dapat diatasi jika ibu mengikuti saran yang bisa berikan Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan akan mengikuti semua saran yang bidan berikan
3	13.55 Wib	Membantu ibu memilih posisi yang menyenangkan yaitu miring ataupun setengah duduk Evaluasi : Ibu memilih posisi setengah duduk
4	14.00 Wib	Memberikan cairan secara intravena yaitu infuse Dextrose 5% pada tangan kiri ibu Evaluasi : Terpasang cairan Dextrose 5 % 30 tts / menit di tangan kiri ibu
5	16.00 Wib	Mengobservasi Tanda – tanda vital ibu <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keadaan umum : Lemah ▪ Tanda – tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tekanan darah : 90 / 70 mmHg ◦ Nadi/Suhu : 100 kali/menit / 37,7 °C ◦ Respirasi : 20 kali/menit ▪ DJJ : 136 kali / menit ▪ Tugor kulit : Lambat Evaluasi : Ibu telah mengetahui hasil pemeriksannya
6	16.10 Wib	Menganjurkan ibu untuk istirahat Evaluasi : Ibu mengikuti saran bidan dan tidur
7	18.30 Wib	Memberikan dukungan psikologis pada ibu dan memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya Evaluasi : ibu merasa lebih baik dan lebih tenang dengan kondisinya saat ini
8	19.00 Wib	Menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan yang bernutrisi selama kehamilan Evaluasi : Ibu bersedia mengkonsumsi makanan yang bernutrisi untuk kesehatannya dan untuk pertumbuhan serta perkembangan janin yang dikandungnya
9	19.05 Wib	Menganjurkan ibu memperbanyak minum air putih agar ibu tidak konstipasi dan tidak dehidrasi Evaluasi : Ibu minum air putih ± 1000 ml
10	19.10 Wib	Menganjurkan ibu mengurangi makanan yang berlemak dan berbumbu untuk mencegah rasa mual datang Evaluasi : Ibu bersedia untuk tidak makan makanan yang berlemak dan banyak bumbu
11	19.30 Wib	Menganjurkan ibu makan sedikit-sedikit tapi sering Evaluasi : Ibu makan makanan yang di berikan bidan dan menghabiskan ¼ porsi makanan
12	21.00 Wib	Menganjurkan ibu makan makanan selingan seperti biscuit dan roti kering Evaluasi : ibu bersedia mengkonsumsi makanan yang

		dianjurkan.
13	22.00 Wib	Mengobservasi mual dan muntah ibu Evaluasi : Ibu muntah 10 kali
14	22.10 Wib	Memberi therapy <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cairan yang terpasang dextrose 5% 30 tetes / menit botol ke dua pada tangan kiri. ▪ Pada jam 19.15wib di berikan Antasida 1 sdm ▪ Pada jam 22.00wib di berikan injeksi Ondasetron dan ranitidine via IV Evaluasi : Ibu telah diberikan terapi

VII. EVALUASI

Tanggal: 20 Maret 2017

Jam: 22.20 Wib

S:

1. Ibu mengatakan masih lemas
2. Ibu mengatakan telah mengetahui konsisinya saat ini
3. Ibu mengatakan masih mual dan tidak nafsu makan

O:

1. Tanda – tanda vital :
 - Keadaan umum : Lemah
 - Tanda – tanda vital :
 - Tekanan darah : 90 / 70 mmHg
 - Nadi/Suhu : 100 kali/menit / 37°C
 - Respirasi : 20 kali/menit
 - DJJ : 136 kali / menit
 - Tugor kulit : Lambat
2. Ibu masih mual dan tidak nafsu makan
3. Conjungtiva masih pucat dan sclera masih sedikit ikterus
4. Mata masih cekung
5. Tugor kulit masih lambat
 - Terpasang inv dextrose 5% 30 tetes/ menit botol ke dua pada tangan kiri., Pada jam 19.15wib di berikan Antasida 1 sdm dan Pada jam 22.00wib di berikan injeksi Ondansetron dan ranitidine via IV

A:

Diagnosa : Ny. V usia 20 tahun G1P0A0 usia kehamilan 16 minggu 5 hari, Janin hidup, dengan hiperemesis gravidarum grade II

Masalah : Belum teratasi

Kebutuhan : Pantau intake dan output

P:

1. Pantau intake dan output ibu
2. Pantau muntah ibu
3. Pantau tanda – tanda vital ibu

SOAP HARI PERTAMA

TANGGAL : 21 MARET 2017 OLEH : RUTINA JULIANTIS

Data Subjektif (S)

1. Ibu mengatakan masih mual
2. Ibu mengatakan muntah berkurang
3. Ibu mengatakan merasa pusing
4. Ibu mengatakan merasa lemah

Data Objektif (O)

1. Keadaan umum ibu lemah
2. Wajah ibu pucat
3. TFU teraba ballotemen
4. Berat badan : 54 kg
5. Tinggi badan : 150 cm
6. Lila 24 cm.
7. Tanda-tanda vital :
 - a. TD : 100/70 mmhg
 - b. N : 98 x/menit
 - c. S : 36,5°C
 - d. P : 24 x/menit
8. Ibu muntah sebanyak 6 kali, karakteristik muntah yaitu makanan bercampur lendir berwarna kuning.
9. Turgor kulit kurang baik.

10. Mata cekung. Conjungtiva pucat dan sedikit ikterus.
11. Lidah kotor dan bibir kering
12. Tercium keton dalam hawa pernapasan.
13. Tindakan yang diberikan:
 - a. Terpasang cairan infuse RL 30 tetes / menit botol pertama pada tangan kiri ibu. (06.00 Wib)
 - b. Terpasang cairan infuse dextrose 5% 30 tetes/ menit botol ke tiga pada tangan kiri ibu (14. 00 Wib)
 - c. Terpasang cairan infuse dextrose 5 % 30 tetes / menit botol keempat pada tangan
 - d. Pada jam (06.15 Wib), (11.30 Wib), (18.35 Wib) ibu minum antasida sirup 1 sdm.
 - e. Pada jam (06.00 Wib), (14.00 Wib), (22.00 Wib) ibu telah diberi injeksi intravena ondasetron dan ranitidin.

Asessment (A)

Ny. V GI P0 A0, umur kehamilan 16 minggu 6 hari, hiperemesis gravidarum grade II, dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Planning (P)

Tanggal 21 Maret 2017

Pukul : 20.00 Wib

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa ibu dalam keadaan lebih baik dari sebelumnya.

Evaluasi : Hasil : ibu mengerti dan memahami keadaannya.

2. Menjelaskan pada ibu tentang masalah yang dihadapinya.

Evaluasi : ibu mengerti dan memahami keadaannya.

3. Mengobservasi mual dan muntah.

Evaluasi : Ibu muntah 6 kali.

4. Menimbang berat badan ibu dengan menggunakan alat yang sama.

Evaluasi : BB ibu sekarang 54 kg.

5. Mengajurkan kepada ibu untuk:

a. Mengkonsumsi makanan yang bernutrisi selama kehamilan.

Evaluasi : Ibu bersedia mengkonsumsi makanan yang bernutrisi.

b. Memperbanyak minum air.

Evaluasi : Ibu minum air putih ± 1500 ml.

c. Mengurangi makan makanan yang berlemak dan berbumbu.

Evaluasi : Ibu bersedia untuk tidak makan makanan yang berlemak dan banyak bumbu.

d. Makan sedikit-sedikit tapi sering.

Evaluasi : Ibu makan makanan yang di berikan rumah sakit dan porsi tidak di habiskan.

e. Makan makanan selingan seperti biscuit dan roti kering.

Evaluasi : ibu bersedia mengkonsumsi makanan yang dianjurkan.

6. Membantu ibu memilih posisi yang menyenangkan.

Evaluasi : Ibu memilih posisi setengah duduk untuk mengurangi rasa mual.

7. Mengobservasi TTV, jam 16.00 wib.

TD : 100/70 mmhg

N : 98 x/menit

S : 36,5°C

P : 24 x / menit

Evaluasi : keadaan ibu sedikit membaik

8. Melanjutkan pemberian cairan secara intravena yaitu infuse RL: Dextrose

5% = 1 : 2 .

Evaluasi : Terpasang cairan Dextrose % 28 tetes/ menit, botol keempat pada tangan kanan.

9. Menganjurkan pada ibu untuk beristirahat.

Evaluasi : Ibu bersedia untuk melaksanakan anjuran yang diberikan.

10. Menciptakan ruangan yang bersih, nyaman dan kurangi rangsangan bau.

Evaluasi : Ruangan dalam keadaan bersih, nyaman dan segar.

11. Memberikan dukungan psikologis pada ibu dan memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaanya.

Evaluasi : ibu merasa lebih baik dan lebih tenang dengan kondisinya saat ini.

12. Tindakan yang di berikan:

- a. Terpasang cairan infuse RL 30 tetes / menit botol pertama pada tangan kiri ibu. (06.00 Wib)
- b. Terpasang cairan infuse dextrose 5% 30 tetes/ menit botol ke tiga pada tangan kiri ibu (14. 00 Wib)

- c. Terpasang cairan infuse dextrose 5 % 30 tetes / menit botol keempat pada tangan
- d. Pada jam (06.15 Wib), (11.30 Wib), (18.35 Wib) ibu minum antasida sirup 1 sdm.
- e. Pada jam (06.00 Wib), (14.00 Wib), (22.00 Wib) ibu telah diberi Injeksi intravena ondasetron dan ranitidin.

SOAP HARI KEDUA

Tanggal : 22 Maret 2017

Oleh : Rutina Julianti Sinaga

Data Subjektif (S)

1. Ibu mengatakan muntah sudah berhenti, namun masih agak sedikit mual
2. Ibu merasa sudah lebih baik dari sebelumnya
3. Ibu merasa tidak terlalu pusing.

Data Objektif (O)

1. KU ibu tampak baik
2. Tanda – Tanda Vital :
 - a. TD : 100/80 mmhg
 - b. N : 80 x/menit
 - c. P : 20 x/menit
 - d. S : 36,5°C
3. Turgor kulit baik
4. Mata tidak nampak cekung
5. Bibir tidak kering.
6. Tindakan yang diberikan:
 - a. Terpasang cairan infus RL 28 tetes/ menit.
 - b. Pada jam 14.00 Wib antasida sirup 1 sdm
 - c. Pada jam 14.00 Wib injeksi ondesentron dan ranitidin.

Assesment (A)

Ny. V GI P0 A0, umur kehamilan 17 minggu hari, hiperemesis gravidarum grade II

Planning (P)

Tanggal : 23 Maret 2017

Pukul : 17.00 Wib

1. Menyampaikan pada ibu hasil pemeriksaan, bahwa ibu sudah membaik.
2. Mengobservasi TTV :
 - a. TD : 110/80 mmhg
 - b. N : 80 x/menit
 - c. S : 36,5°C
 - d. P : 20 x/menit
3. Memberi penyuluhan pada ibu tentang makanan yang bergizi dan tanda bahaya dalam kehamilan.

Evaluasi: Ibu mengetahui jenis makanan yang dibutuhkan ibu hamil dan bersedia mengkonsumsi makanan yang bergizi serta ibu mengetahui tentang tanda bahaya pada kehamilan.

4. Tindakan yang diberikan:
 - a. Terpasang cairan infus RL 28 tetes / menit.
 - b. Pada jam 14.00 Wib ibu diberikan antasida sirup 1 sdm.
 - c. Pada jam 14.00 Wib injeksi ondesetron dan ranitidin.

Evaluasi : Keadaan ibu membaik

5. Meng-Aff infuse

Evaluasi : Ibu diperbolehkan pulang

B. Pembahasan

Pada bab ini akan dibahas tentang kesenjangan antara tinjauan pustaka dan hasil tinjauan kasus pada pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. V dengan hiperemesis gravidarum tingkat II. Pembahasan ini dibuat berdasarkan asuhan yang nyata dengan pendekatan asuhan kebidanan. Untuk memudahkan pembahasan, penulisan akan membahas berdasarkan tahap proses kebidanan sebagai berikut.

1. Langkah I Pengkajian dan Analisa Data

Dalam pengkajian di awali dengan pengumpulan data melalui anamnese yang meliputi identitas klien, data biologis / fisiologis, serta data spiritual klien yang berpedoman pada format pengkajian, namun tidak tertutup kemungkinan untuk dikembangkan dengan data-data lain yang ditemukan pada klien.

Untuk memperoleh data, baik data subjektif maupun objektif, penulis melakukan pendekatan-pendekatan antara lain pengamatan langsung, wawancara kepada klien dan keluarga, pemeriksaan fisik, baik inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi. Pada pelaksanaan pengkajian data penulis tidak banyak mengalami hambatan oleh karena adanya kerjasama yang baik dari klien, dan keluarga.

Pada teori hiperemesis gravidarum tingkat II diperoleh gejala yaitu muntah terus-menerus menyebabkan penderita tampak lebih lemah, nafsu makan berkurang, berat badan menurun, terjadi dehidrasi ditandai dengan turgor kulit berkurang, nyeri di daerah epigastrium, tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, mata cekung dan sedikit ikterus. (Manuaba, 2010 : 231).

Pada kasus Ny. V data yang diperoleh terdapat gejala dan tanda seperti mual dan muntah terus menerus yang menyebabkan penderita lemah, tidak mau makan, berat badan menurun, nadi kecil dan cepat dengan frekuensi 102 x/ menit, tekanan darah 90/60 mmHg, lidah kering dan kotor, turgor kulit lambat, mata cekung dan sedikit ikterik, Dalam hal ini tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

2. Langkah II Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data - data yang telah dikumpulkan.

Pada kehamilan terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron, dimana sebagian kecil primigravida belum mampu beradaptasi terhadap peningkatan HCG dalam serum, sehingga dapat menimbulkan reaksi berupa mual sampai muntah. Pada umumnya, ibu hamil dapat beradaptasi dengan keadaan ini, meskipun demikian gejala mual dan muntah ini dapat menjadi berat sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari yang disebut hiperemesis gravidarum, hubungan faktor psikologis pada ibu dengan kejadian hiperemesis gravidarum belum jelas, besar kemungkinan bahwa wanita yang menolak hamil, takut kehilangan pekerjaan, keretakan hubungan dengan suami, diduga dapat menjadi faktor kejadian hiperemesis gravidarum. Penyesuaian terjadi pada kebanyakan wanita hamil, meskipun demikian mual dan muntah dapat berlangsung berbulan-bulan. Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi mual dan muntah pada hamil mudah, bila terjadi terus-menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit.

Berdasarkan data diatas dirumuskan diagnosa / masalah aktual sebagai berikut: Ny. V, Usia 20 tahun, GI P0 A0, usia kehamilan 16 minggu 5 hari, hiperemesis gravidarum Tingkat II dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan Diagnosa pada Ny.V didasarkan atas data objektif dan data subjektif yang didapat dari hasil pengkajian dan analisis secara teoritis. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan data yang ditemukan.

3. Langkah III Masalah Potensial

Berdasarkan tinjauan pustaka masalah potensial yang dapat terjadi selama kehamilan dengan kasus hiperemesis gravidarum tingkat II antara lain: potensial terjadi hiperemesis gravidarum tingkat III dan gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin. Dikatakan potensial terjadi hiperemesis gravidarum tingkat III karena muntah yang berlebihan mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi, karena oksidasi lemak yang tidak sempurna terbentuklah badan keton didalam darah yang menambah beratnya gejala klinik.

Pada kasus Ny.V data yang diperoleh menunjukkan adanya persamaan gejala / keluhan yang terdapat pada hiperemesis gravidarum tingkat II. Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan data yang ditemukan.

4. Langkah IV Melaksanakan Tindakan Segera / Kolaborasi

Tindakan segera dan kolaborasi pada langkah ini seharusnya adalah pemberian infus dan obat - obat antiemetik dengan anjuran dari dokter, pada kasus Ny V klien sudah tiga hari dirawat di klinik dan infus sudah terpasang, obat-obatan di kolaborasi dengan dokter untuk mengatasi gangguan keseimbangan

cairan elektrolitik akibat muntah yang berlebihan. Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan data yang ditemukan.

5. Langkah V Intervensi Data

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah di identifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi / data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Untuk mencapai tujuan tersebut, sesuai dengan tinjauan kepustakaan, tindakan yang dilakukan pada Ny.V dengan hiperemesis gravidarum tingkat II adalah terapi obat-obatan, melalui oral dan parental (cairan) serta terapi psikologis. Begitu pula rencana tindakan yang dilakukan pada kasus Ny.V dalam hal ini perencanaan pada tinjauan kasus dan tinjauan pada kepustakaan terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek, dimana seharusnya pasien mendapatkan cairan infuse 40 tpm namun yang diberikan 30 tpm, Pemberian Vitamin B juga tidak diberikan kepada Ny.V.

6. Langkah VI Implementasi

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-V dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

Pada tahap pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny.V. penulis melaksanakan sesuai rencana yaitu penatalaksanaan pemberian cairan dan kolaborasi terapi obat, serta melakukan terapi psikologis. Pada tahap ini penulis

menemukan kesenjangan antara teori dengan praktek, dimana hal ini di tunjang oleh pemberian infuse yang seharusnya 40 tpm namun yang diberikan 30 tpm, namun disisi lain klien dan keluarganya kooperatif dalam menerima semua anjuran dan tindakan yang diberikan. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan dalam pelaksanaan yang terjadi pada teori dan pada kasus Ny. V bahwa dalam pemberian makanan diberikan dalam porsi kecil namun sering hal ini dilakukan untuk membantu mengurangi mual dan muntah akibat makanan atau minuman yang masuk melalui oral.

7. Langkah VII Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan terhadap masalah yang telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis.

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen kebidanan. Hasil evaluasi dari Ny.V telah direncanakan sesuai dengan kebutuhan klien, dan tujuan dari rencana yang ditentukan telah tercapai, yaitu ibu mengerti keadaan yang sedang dialaminya, tidak terjadi komplikasi yang lebih berat, kekurangan cairan sudah teratasi ditandai dengan keadaan ibu yang sudah membaik, ibu tidak mual dan muntah lagi, nyeri epigastrium sudah berkurang / hilang, dan kebutuhan nutrisi ibu sudah membaik, hal ini membuktikan bahwa pendekatan asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny.V berhasil.

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny.V.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis membahas asuhan kebidanan pada Ibu Hamil terhadap Ny.V dengan hiperemesis gravidarum grade II di Klinik Pratama Mariana. Maka penulis mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Penulis dapat melakukan pengkajian terhadap Ny.V di Klinik Pratama Mariana berdasarkan data subjektif dan objektif. Dimana data subjektif yaitu : Ny.V usia 20 tahun, kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran, serta mengeluh mual muntah dan lemas. Data objektif dari Ny.V adalah keadaan umum ibu lemah, berat badan ibu turun, mata tampak cekung dan tugar kulit jelek.
2. Penulis dapat melakukan interpretasi data dengan menentukan diagnose kebidanan Ibu Hamil terhadap Ny. V yaitu hiperemesis gravidarum grade II didapat dari data subjektif dan objektif dari hasil pengkajian.
3. Pada kasus ini penulis menemukan diagnose potensial dalam asuhan kebidanan pada Ibu Hamil terhadap Ny. V di Klinik Pratama Mariana.
4. Dalam kasus ini penulis tidak melakukan tindakan segera dalam asuhan kebidanan pada Ibu Hamil terhadap Ny.V di Klinik Pratama Mariana.
5. Dalam kasus ini penulis telah memberikan rencana asuhan kebidanan pada Ny.V dengan hiperemesis gravidarum di Klinik Pratama Mariana.
6. Dalam kasus ini penulis telah melaksanakan asuhan sesuai dengan yang telah direncanakan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Ibu Hamil terhadap Ny.V di Klinik Pratama Mariana.

7. Penulis telah mengevaluasi asuhan kebidanan Ibu Hamil terhadap Ny.V, ibu dalam keadaan lemah, dan membaik setelah dilakukan perawatan di Klinik Pratama Mariana.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis dapat menyimpulkan saran sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan laporan tugas akhir ini berguna sebagai acuan untuk membimbing mahasiswa yang terjun kelahan praktek dengan menerapkan asuhan kebidanan pada Ibu Hamil dan memantau kinerja mahasiswa dilahan praktek, memulai bimbingan secara intensif.

2. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan laporan tugas akhir ini sebagai pembimbing dalam memberikan pelayanan kebidanan pada Ibu Hamil dengan asuhan kebidanan, dan dapat mempercepat kerjasama dalam mengaplikasikan teori dilahan praktik dalam asuhan kepada ibu hamil.

3. Bagi Klien

Diharapkan dengan dilakukannya asuhan kebidanan pada Ibu hamil, klien mengerti dalam memberikan asuhan yang baik pada Ibu Hamil dengan demikian komplikasi dapat terdeteksi secara dini dan segera mendapat penanganan.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 2013. *Jumlah Kejadian Hiperemesis Gravidarum*. Jakarta : Jurnal Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. 2013. *Profil Kesehatan Sumatera Utara*. Medan : Jurnal
- Kemenkes RI. 2015. *Angka Kematian Ibu*. Jakarta : Jurnal
- Prawirohardjo.Sarwono.2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Manuaba. 2010. *Gawat Darurat Obstetri-Ginekologi dan Obstetri-Ginekologi Sosial untuk Profesi Bidan*. Jakarta : EGC
- Mochtar. 2011. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC
- Hutahaean. Serri. 2013. *Asuhan Antenatal*. Jakarta : Salemba Medika

SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA

Medan, 28 Maret 2017

Kepada Yth :

Ketua Program Studi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Anita Veronika, S.SiT, M.KM.

di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Rutina Julianti Sinaga

Nim : 022014052

Program Studi : D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan judul dengan topic : Ibu Hamil

Klinik/Puskesmas/RS. Ruangan : Klinik Pratama Mariana Sukadono

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny.V
Usia 20 Tahun GIP0A0 Dengan
Hiperemesis Gravidarum Grade II di Klinik
Pratama Mariana Sukadono Tahun 2017.

Hormat saya

Mahasiswa

Rutina Julianti Sinaga

Disetujui oleh

Dosen Pembimbing

Diketahui oleh

Koordinator LTA

Lilis Sumardiani S.ST., M.KM.

Flora Naibaho S.ST., M.Kes



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) SANTA ELISABETH MEDAN

JL. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail :stikes.elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 1 Februari 2017

Nomor : 131/STIKes/Klinik/II/2017

Lamp. : 2 (dua) lembar

Hal : Permohonan Praktek Klinik Kebidanan

Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Kepada Yth.:

Pimpinan Klinik / RB :

di -

Tempat.

Dengan hormat,

Berhubung karena mahasiswa Tingkat III Semester VI Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan akan melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan III, maka melalui surat ini kami memohon kesediaan dan bantuan Ibu agar kiranya berkenan menerima, membimbing serta memberikan penilaian terhadap praktek yang dilaksanakan oleh mahasiswa tersebut dalam melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan di klinik/rumah bersalin yang Ibu pimpin.

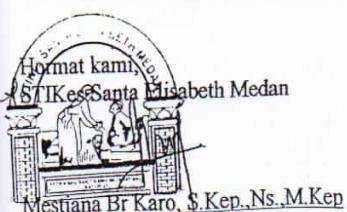
Praktek tersebut dimulai tanggal 6 Februari – 1 April 2017, yang dibagi dalam 2 (dua) gelombang, yaitu :

1. Gelombang I : tanggal 06 Februari – 04 Maret 2017
 2. Gelombang II : tanggal 06 Maret – 01 April 2017
- Daftar nama mahasiswa terlampir.

Adapun kompetensi yang akan dicapai oleh mahasiswa adalah:

1. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Normal sebanyak 30 kasus
2. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal sebanyak 20 kasus
3. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Nifas dan Menyusui sebanyak 20 kasus
4. Manajemen Asuhan Kebidanan pada BBL 20 sebanyak kasus
5. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana Pasangan Usia Subur dengan 4 metode sebanyak 20 kasus
6. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Bayi/Balita dan Anak Pra sekolah sebanyak 50 kasus
7. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Pertolongan Kegawatdaruratan Maternal sebanyak 3 kasus
8. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Pertolongan Kegawatdaruratan Neonatal sebanyak 3 kasus

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian, bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapan terimakasih.



Hormat kami,
STIKes Santa Elisabeth Medan

Mestiana Br Karo, S.Kep.,Ns.,M.Kep

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ny. V

Umur : 20 tahun

Alamat : Jln. Eka Prasetya, Medan Helvetia.

Dengan ini menyatakan setuju dan bersedia dijadikan pasien studi kasus Laporan Tugas Akhir dari pemeriksaan pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum Grade II oleh mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth.

Medan, 27 Maret 2017

Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan

(Rutina Julianti Sinaga)



(Ny. V)

Mengetahui,

Dosen Pembimbing LTA

(Lilis Sumardiani, S.ST., M.KM)

Bidan Lahan Praktek



(Lister Nasution STr. Keb)

STIKES
SANTA ELISABETH

SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya sebagai bidan di lahan praktek PKK mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan di
Klinik : Pratama Mariana Sukadono
Nama : Lister Pasaribu, STr. Keb.
Alamat : Jln. Kemiri No. 39 Tanjung Gusta

Menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

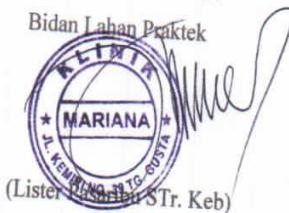
Nama : Rutina Julianti Sinaga
NIM : 022014052
Tingkat : III

Dinyatakan telah kompeten dalam melakukan asuhan kebidanan Ibu Hamil pada Ny.V dengan Hiperemesis Gravidarum Grade II.

Demikianlah surat rekomendasi ini dibuat dan bisa dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 27 Maret 2017

Bidan Lahan Praktek



(Lister Pasaribu STr. Keb)

1.1.5. PENUNTUN BELAJAR PEMERIKSAAN FISIK PADA IBU HAMIL

Tgl. Penilaian : _____

Nama Mahasiswa : _____



PENILAIAN	Tidak dikerjakan
Nilai 0 (nol) :	Langkah atau tugas tidak dikerjakan
Nilai 1 (satu) :	Mampu
Nilai 2 (dua) :	Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat, pembimbing perlu membantu atau mengingatkan.
Beril tanda ceklist (✓) pada kolom penilaian	

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI			Bobot	NA BXN
		0	1	2		
1	Peralatan :				1	
	a. Sphigmomanometer (air raksa)					
	b. Termometer					
	c. Stetoskop, fetal stetoskop (doptone, monoaural)					
	d. Penlight					
	e. Speculum DTT dalam wadahnya					
	f. Sarung tangan DTT					
	g. Baskom berisi klorin 0,5 %					
	h. Jangka panggul					
	i. Pita cm/ukur					
	j. Pita LILA					
	k. Bak instrumen					
	l. Tong spatel					
	m. Kasar					
	n. Selimut mandi					
	o. Jelly					
	p. Tissue gulung					
	q. Refleks hummer					
2	Cuci tangan .					
3	Atur peralatan yang dibutuhkan .				1	
4	A. PEMBUKAAN				1	
	1) Ucapkan salam dan memperkenalkan diri					
	2) Menanyakan identitas ibu .					
	3) Menanyakan tentang tujuan ibu mendatangi fasilitas kesehatan				1	

9	<p>1. Mengukur tinggi badan</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Memberitahu klien pemeriksaan yang akan dilakukan. ➢ Meminta klien untuk membuka sandal/sepatu. ➢ Mempersilahkan klien berdiri tegak lurus didepan pengukur. ➢ Menurunkan pengukur sampai dikepala klien dengan hati-hati. ➢ Memberitahu klien bahwa pengukuran telah selesai dilakukan. ➢ Mencatat hasil pengukuran. 						2
10	<p>2. Menimbang berat badan</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Memberitahu klien pemeriksaan yang dilakukan. ➢ Mempersilahkan klien untuk naik ketimbangan. ➢ Memberitahu klien agar berdiri tegak tepat ditengah timbangan. ➢ Membaca hasil penimbangan. ➢ Persilahkan klien turun dari timbangan. ➢ Mencatat hasil penimbangan. 						2
11	<p>3. Mengukur vital sign</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Mengukur tekanan darah ➢ Menghitung nadi ➢ Menghitung jumlah pernafasan ➢ Mengukur suhu 						1
12	<p>4. Mengukur lila</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Membuka baju pada daerah lengan atas kiri ➢ Menekuk lengan ➢ Mengukur panjang lengan atas mulai pangkal lengan sampai siku begian luar ➢ Mengukur LILA pada periengahan ukuran antara pangkal lengan dengan siku luar ➢ Mencatat hasil pengukuran 						2

	cm untuk menentukan UK dan TBJ dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Letakkan pita cm dengan angka nol (0) tepat diatas pertengahan pinggir atas symphys. ▪ Tarik pita keatas sampai fundus uterus. 				
17	3. Leopold II a. Letakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan ibu dan tangan kanan pada dinding lateral kiri ibu secara sejajar pada ketinggian yang sama. b. Mulai dari sebelah kanan/kiri secara bergantian, telapak tangan kiri dan kanan kemudian digeser kearah bawah dan rasakan adanya bagian yang memapan atau bagian ekstremitas janin.			4	
18	4. Leopold III a. Letakkan telapak tangan kanan pada dinding bawah perut ibu (diatas symphys). b. Raba bagian bawah uterus dan coba menggoyang sedikit.			4	
19	5. Leopold IV a. Minta ibu untuk meluruskan kembali kedua kakinya. b. Pemeriksa menghadap kearah kaki ibu. c. Letakkan ujung telapak tangan kanan dan kiri pada tepi atas symphys. d. Raba dengan sedikit penekanan apakah terasa bagian terdepan janin sudah masuk PAP atau belum, dengan menemukan ujung jari-jari tangan kiri dan kanan meraba dinding uterus, perhatikan sudut yang dibentuk oleh jari-jari tangan kiri dan kanan (konvergen dan divergen).			4	
20	DJJ 1. Mendengarkan DJJ dengan membandingkan nadi ibu. 2. Menghitung DJJ dengan tepat. 3. Mencatat hasil pemeriksaan.			5	
21	MENGUKUR PANGGUL LUAR 1. Distansia spinarum. 2. Distansia cristarum.			2	
22	PUNGGUNG 1. Oedema pada daerah sacral. 2. Deformitas pada tulang belakang (skoliosis). 3. CVAT. 4. Konjugata eksena.			1	
23	EKSTREMITAS BAWAH 1. Oedema. 2. Varices.			1	
24	MELAKUKAN PEMERIKSAAN KETUK (PERKUSI) 1. Ibu dipersilahkan untuk duduk diatas tempat tidur dengan kaki tergantung. 2. Bagian bawah lutut diketuk dengan palu refleks (reflex hammer). 3. Menilai hasil refleks patella. 4. Mencatat hasil.			1	

25	Melakukan pengukuran lingkar panggul.				1	
26	PENUTUP Memberitahu kepada ibu bahwa semua prosedur telah selesai dilakukan, minta ibu untuk memakai pakaiannya kembali, rapikan alat-alat dan tempat tidur.				1	
27	Mempersiapkan ibu duduk kembali.				1	
28	Mencuci tangan.				1	
	Total					

PEMERIKSAAN PALAPASI ABDOMEN

1. Pengertian

Pemeriksaan pada pert I untuk menentukan posisi dan letak janin

2. Indikasi

Untuk semua ibu hamil

3. Tujuan

Untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan keadaan janin

4. Petugas

Mahasiswa kebidanan STIKes santa Elisabeth medan

5. Pengkajian

- Melakukan anamnese ibu hamil

- Mengevaluasi riwayat ibu hamil yang berhubungan dengan kehamilannya

6. Persiapan ruangan dan alat

Persiapan ruangan

1. Ruangan yang nyaman dan tertutup

2. Tenang dan jauh dari keramaian

3. Ventilasi cukup

Persiapan Alat

1. Tempat tidur

2. Selimut

3. Pita meter

7. Langkah-langkah

1. Menjelaskan tujuan pemeriksaan palpasi abdomen

2. Menjelaskan prosedur dan langkah-langkah pemeriksaan palpasi abdomen

3. Melakukan langkah-langkah pemeriksaan palpasi abdomen :

- a. Menghangatkan kedua tangan

- b. Membuka pakaian pasien dan membuat selimut

- c. Memeriksa apakah ada bekas luka operasi

DAFTAR HADIR OBSERVASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Rutina Julianti Sinaga

NIM : 022014052

Nama Klinik : Klinik Pramata Mariana Sukadono

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny.V Usia 20
Tahun GIP0A0 Dengan Hiperemesis Gravidarum
Grade II di Klinik Pratama Mariana Sukadono

No.	Tanggal	Kegiatan	Tanda tangan Mahasiswa	Tanda tangan Pembimbing Klinik di lahan
1.	28 Maret 2017	Kunjungan hari ke 1	Muf.	A
2.	29 Maret 2017	Kunjungan hari ke 2	Muf.	B
3.	30 Maret 2017	Kunjungan hari ke 3	Muf.	C

Medan, 04 April 2017

Bidan Lahan Praktik



(Lister Paraf Klinik Keb)

STKIP PGRI MEDAN

DAN

PENANGANAN

- Isolasi
- Terapi Psikologis
- Cairan pareteral
- Obat

PENCEGAHAN

- Mual muntah merupakan hal yang fisiologis
- Makan sedikit tapi sering
- Hindari makanan berminyak dan berbau menyengat
- Makanan dalam keadaan hangat
- Jangan tiba – tiba bangun namun berbaringmiring dahulu sebelum beranjak dari tempat tidur

DIET HIPEREMESIS

- ✓ Diet hiperemesis I Makanan hanya berupa roti kering dan buah-buahan. Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1-2 jam.
- ✓ Diet hiperemesis II diberikan bila rasa mual dan muntah berkurang. Secara berangsur mulai diberikan makanan yang bernilai gizi tinggi. Minuman tidak diberikan bersama makanan.
- ✓ Diet hiperemesis III diberikan kepada penderita dengan hiperemesis ringan.



DAN

KOMPLIKASI

- Maternal
 - ✓ Dehidrasi Berat
 - ✓ Ikhterik
 - ✓ Takikardi
 - ✓ Suhu Meningkat
 - ✓ Alkalosis
 - ✓ Kelaparan
- Fetal
 - ✓ Penurunan berat badan yang kronis akan meningkatkan kejadian gangguan pertumbuhan janin dalam urine (IUGR)

HIPEREMESIS GRAVIDARUM

- Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai umur kehamilan 20 minggu, yang dapat mempengaruhi keadaan umum dan mengganggu pekerjaan sehari –hari.

PENYEBAB HIPEREMESIS GRAVIDARUM

- Faktor adaptasi dan hormonal
- Faktor Psikologi
- Faktor Alergi
- Faktor Fisiologi

HIPEREMESIS GRAVIDARUM



DISUSUN OLEH

RUTINA JULIANTI SINAGA

NIM : 022014052

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKes Santa Elisabeth Medan

Tahun 2017

2. Konsultasi Perbaikan / Penelitian

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1.	selasa, 23 Mei 2017.	bernadette ambarita sst. m.kes	- Konsul revisi LTA * cover * katz pengantar * Bab II	
2.	selasa 23 Mei 2017.	Merline sinabarita sst. mkes	* Konsul revisi LTA * Bab II - Nutrisi - postnatal - penelitian	
3	Kabu 24 - 05 2017	Medina - s	* Perbaiki bab II → Acc druid	
4.	Kabu 31 Mei 2017	Oktasiana manurung, sst. m.kes	- konsul LTA. (Bab I & Bab V) - Konsul Duplikasi - Konsul LTA perbaikan	
5.	Kamis 1 Jun 2017	Oktasiana manurung, sst. m.kes	* Konsul LTA perbaikan - Acc	

DAFTAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Rutina Julianti Sinaga
NIM : 022014052
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny.V Usia 20 Tahun
GIP0A0 Dengan Hiperemesis Gravidarum Grade II di
Klinik Pratama Mariana Sukadono

No.	Tanggal	Topik yang diajukan	Saran/Masukan Dosen Pembimbing	Tanda Tangan
1.	26 April 2017	Mengajukan judul LTA dengan dosen pembimbing	Perbaikan cara penulisan judul.	sk
2.	27 April 2017	Mengajukan judul LTA dengan dosen pembimbing	ACC judul dari dosen pembimbing.	sk
3.	28 April 2017	Mengajukan judul LTA dengan koordinator	ACC judul dari coordinator	sk
4.	08 Mei 2017	Konsultasi BAB I : Latar belakang, Tujuan dan Manfaat	<ul style="list-style-type: none">• Perbaikan latar belakang, tujuan dan manfaat.• Cari latar belakang yang terbaru yang mencakup Indonesia, Sumatra dan Klinik.• Tujuan dan manfaat berhubungan dengan kesimpulan dan saran.	sk
5.	09 Mei 2017	Konsul BAB II : Tinjauan Pustaka	Perbaikan EYD, paragraph dan jarak.	sk

6.	10 Mei 2017	BAB II : Perbaikan BAB III, BAB IV, BAB V.	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaikan penulisan • Perbaikan metode studi kasus • Pembahasan dengan 7 langkah Hallen Varney dan buat teorinya lalu lihat apakah ada kesenjangan antara teori dan praktik. • Kesimpulan dan saran berhubungan dengan tujuan dan manfaat. 	<i>sk.</i>
7.	11 Mei 2017	BAB III dan BAB V: Perbaikan	Perbaikan penulisan	<i>sk.</i>
8.	12 Mei 2017	BAB I, II III, IV, dan V	Perbaikan penulisan susun seperti di panduan LTA	<i>sk.</i>
9.	13 Mei 2017	<ul style="list-style-type: none"> •Perbaikan BAB I, II, III, IV, dan V. •Power Point 	<ul style="list-style-type: none"> •ACC jilid •Power Point singkat dan jelas. 	<i>sk.</i>
10.	20 Mei 2017	Revisi LTA ke Dosen Penguji I <ul style="list-style-type: none"> •Abstrak •BAB I : Latar Belakang •BAB II : Tinjauan Kasus •BAB IV 	•Perbaikan Abstrak	<i>sk.</i>

		Manajemen dan Pembahasan		
11.	22 Mei 2017	Perbaikan Abstrak	ACC ke dosen penguji II	C
12.	22 Mei 2017	Revisi LTA ke Dosen Penguji II •Perbaikan kata pengantar •Manajemen Kebidanan pada Ibu Hamil •Abstrak	Buat Abstrak ke bahasa Inggris	
13.	23 Mei 2017	Abstrak Bahasa Inggris	ACC ke dosen Penguji III	
14.	23 Mei 2017	Revisi LTA BAB I, II, III, IV dan V ke dosen penguji III	ACC jilid dengan baik.	
15.	28 Mei 2017	Konsul LTA ke Koordinator	Lengkapi yang telah dikoreksi dan ACC jilid.	

Medan, Mei 2017

Dosen Pembimbing LTA

Lilis Sumardiani, S.ST., M.KM

ST